

# أصول الفحص النفسي ومبادئه



د. محمد أحمد التابلسي

# أصول الفحص النفسي ومبادئه

دكتور

محمد أحمد الناهلي

رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية

لبنان

١٩٩٧

الناشر

المكتب العلمي للكمبيوتر والتشريح والتوزيع

٢ ش الدكتور سامي جنبه - الشاطئ

الإسكندرية

MOHAMED KHATAB



MOHAMED KHATAB



MOHAMED KHATAB



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَقَفَّيْكَ كُلَّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٍ

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

سورة يوسف: آية ٧٦



## المقدمة

تشعبت الممارسات التطبيقية للعلوم النفسية حتى تجاوزت حدود الاهتمام بتقديم الخدمات العلاجية الى لفاق تطرح على الاختصاص مسؤوليات اخلاقية جديدة وتضعه امام جملة مأزق ناجمة عن تدلخه مع الاختصاصات الاخرى. فالى جانب الطب النفسي الوقائي والجاهي نشأت فروع الطب النفسي، وعلم النفس، العسكري والسياسي والاقتصادي. بل ان العلوم النفسية باتت تطبق في ميادين الادب والفنون وعلم السلالات... الخ حتى بات بإمكاننا الكلام على تورط علم النفس والطب النفسي في ميادين الصراع. حتى شاعت بعض الدول وجود مشاريع للحروب العقلية.

لهذه الاسباب فلما عاجزون اليوم عن اعطاء تعريف دقيق ومحدد للفحص النفسي. فقد ادى تفرع العلوم النفسية الى اختلاف اساليب وطرائق وغايات الفحص النفسي، حتى بات لبعض هذه الفروع ادواتها الخاصة ومنطقاتها النظرية المميزة التي تستند اليها لتحقيق غاياتها من الفحص النفسي اذ نلاحظ ان الطب النفسي العسكري يعتمد اختبارات معينة لقبول الكوادر وهي اختبارات مختلفة تماماً عن تلك التي يعتمد عليها اختصاصي علم نفس الاعلان والدعاية... الخ.

امام هذه التعددية حافظنا، في هذا الكتاب، على موقف محافظ بصر على النظر الى الفحص النفسي في اطاره العلاجي، حيث الفحص علاقة اتساقية ذات قطبين: قاحص- مفحوص. وبما ان هذه العلاقة هي الاساس الذي انبثقت منه اساليب الفحص الاخرى فلما نؤذي الغرض دون التورط في الجدل حول مدى مشروعية او اخلاقية استخدام مبادئ هذا الفحص في بعض الميادين. المثيرة للجدل.

بناء عليه فالتأثير أن الفحص النفسي هو فن يحتاج إلى موهبة تستند إلى فرضية صلبة من المعلومات وتحتاج إلى الصقل والتطوير من طريق الممارسة. فالفحص النفسي لا يتحدد في مبادئ جامدة ولا يحتويه إطار محددة الجوانب لأنه موهبة إبداعية لا يحددها إلا تركيبة الخبرات والمعلومات. والتدريب على الفحص النفسي هو نقلة نوعية لكونه خطوة مفصلية بين النظري وبين التطبيقي، حيث الهوة التي لا يدركها إلا الذين خبروا الفوارق بين النظرية وبين التطبيق. فلو عدنا إلى المدارس الأوروبية العريقة لوجدنا أنها لا تسمح بممارسة الفحص النفسي والعلاج للاختصاصيين النظريين. فهذه الممارسة تقتصر على الذين يتبعون دورات تدريبية في المجال، مدة ثلاث سنوات أو أكثر، بعد حصولهم على درجة الدكتوراة في علم النفس العملي. انطلاقاً من اعتبار أن الحاصل على هذه الدرجة يملك محصولاً نظرياً كافياً كي يبدأ بالتدريب على الفحص النفسي وعلى وضع التشخيص وخطة العلاج بناء عليه. وإذا كان الفحص الطبي التقليدي يركز على جداول علاجية محددة بمظاهر وأعراض مرضية (يمكن للفحوصات المخبرية ونظيرة المادية تأكيد وجودها أو نفيها) فإن الفحص النفسي لا يملك إلا اللّزّز اليسير من المعطيات المساعدة للوصول إلى التشخيص الموضوعي. فيبقى الحوار عماداً لهذا الفحص وموجهاً له. هذا الحوار الذي يصفه شترن وروينز بالقول: "إن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يسكت ومتى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه. كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم في مجرى الفحص".

هذا ويصل الفحص النفسي إلى غايته من خلال توصيل الفاحص لوضع تشخيص دقيق للحالة بما ينطوي عليه هذا التشخيص من تحديد استراتيجيات لعلاج الحالة. فإذا ما تخللت بعض الثغرات الفحص فإن ذلك سيخلف آثاره على التشخيص وعلى النتائج المرجوة من العلاج. ذلك أن لخطأ التشخيص تستتبع حكماً أخطاء



العلاج. مما يقودنا الى مناقشة مسائل أكثر تعقيداً. فطعم سببية نشوء الامراض النفسية لا يزال بعد في بدايته. فحقن لا نعرف على وجه الدقة الاسباب الحقيقية الكامنة وراء هذه الامراض. فهل يتأتى الفصل نتيجة عطل في الاقرازمات المؤثرة في حالة الاختلال الدماغي؟ ام لن سيبه يعود الى اعطال دماغية على صعيد الهيبيوكامب؟ ام انه تنوّه الزوج الخامس من الصبغيات... الخ من الفرضيات التي نعتقد بتضاربها دون ان نملك البراهين على ذلك. مما يحرمنا من تحديد اساليب موضوعية لتشخيص المرض. من هذا الواقع انبثقت التصنيفات العديدة للامراض النفسية معتمدة مذهب للطواهرية (Phenomenologie). بمعنى ان تشخيص المرض يستند الى تحري الفاحص لمظاهره واعراضه التي تحددها التصنيفات مع بعض الاختلاف في ما بينها.

لكن هذه الطواهرية تستوجب الحذر الشديد من قبل الفاحص. فهناك مثلاً البدايات غير التقليدية للامراض. مثال ذلك تلك الحالات الصمامية التي ترتدي في بدايتها قناعاً مضللاً فتظهر على شكل عصب وسواسي - فكري من شأنه ان يضلل الفاحص ولن يؤخر تشخيص الحالة وبالتالي علاجها. وعلى عكس المثال السابق فان بعض الحالات والتنازلات الذهنية العابرة تتبدى بمظاهر عيادية تورط للفاحص في تشخيصها على انها ذهانية تقليدية وقس عليه.

تجنباً لهذه المأزق عمدت بعض المدارس النفسية (بالينت، ملرتي، موسون) للدعوة الى عدم التثبت بالتشخيص. لان الحالة الدماغية- العقلية للانسان ليست بالمستقرة الجامدة. بل انها تتفاعل دينامياً مع قائمة طويلة من العوامل الداخلية المنشأ والخارجية. فهناك الامراض التي تتراجع مع التقدم في السن وفي مقابلهامرراض اخرى تتطور معه. وفي الحالتين فان تعديل التشخيص يصبح ضرورة والامر ذاته يقال بالنسبة للامراض والاضطرابات العضوية المرافقة للمرض النفسي. كما يقال



بالنسبة للشدائد وعوامل الضغط الخارجية. والا هم من هذا وذلك ضرورة تعديل  
التشخيص لو حتى تغييره تماماً في حالات تطور أو تراجع الاضطراب النفسي  
ذاته.

فهل يستطيع الناحص تحمل تبعات التشخيص بتشخيص الوسواسي القهري وهو  
يجد المظاهر القسامية- التفكيرية واضحة امامه؟ وهل هو قادر على تحمل  
المسؤولية الاخلاقية الناجمة عن تصنيفه لحالة عابرة على انها ذهان تقليدي يدمغ  
مستقبل المريض؟ وهنا نذكر بتأكيد ساتشاناخت: "ليس هنالك امراضاً بل يوجد  
مرضى" فالمصابون بمرض واحد يبقون مختلفين شديد الاختلاف في ما بينهم.  
فلسباب المرض ومناسبة ظهوره وطرائق تظاهراته واسلوب علاجه واحتمالات  
تراجعته لو تطوره وغير ذلك من العوامل هي امور شديدة الاختلاف من مريض  
لاخر. لذا كان من الضروري ان ننظر للمرضى من خلال ذلقتهم وقدرهم وليس  
من خلال مرضهم. فلو نحن نظرنا للصحة من خلال التركيز على المرض وتنامي  
المرضى فلنا نصل بذلك الى نتيجة مؤداها ان عدم وجود المظاهر المرضية هو  
دليل ساطع على الصحة. بذلك نكون قد ارتكبنا غفوة تجاهل الامراض التي تتطور  
وسط اجراء من الهدوء البعيد عن ضجيج المظاهر المرضية فنلغي بذلك كافة مبادئ  
الوقاية الصحية.

للمزيد من التوضيح نؤكد ان الفحص النفسي ليس مجرد خطوات روتينية  
تدعمها الاختبارات النفسية وبعض الحوار الذي قد يسبقها او يليها. والدلالة على  
ذلك فلنأخذ حالة تمثل المرض (كان يقد طفل سليم أخاه المريض في مظاهر مرضه  
وفي سلوكه) تعرض على فاحص يفقد للخلفية النظرية والتطبيقية الكافية فماذا  
يحدث في مثل هذه الحالة؟ ان تصبر ذلك يفسر لنا العديد من الاخطاء الناجمة عن  
عدم وجود لوائح تنظم ممارسة مهنة العلاج النفسي.

لذلك نتوجه بهذا الكتاب الى الذين يملكون الخلفية النظرية الكافية ويودون تحقيق للنقلة من النظري الى التطبيقي. كما نتوجه به الى الاطباء غير النفسيين الذين تضعهم ظروف ممارستهم امام طلبات علاج لحالات نفسية عضائية وخصوصاً نفسية-جسدية والى الذين يتجهلون للدخول الى العيادة النفسية كمعالجين نقدم هذا للكتاب الذي قد يجد فيه زملائنا من الاطباء النفسيين بعضاً من خصوصية تجربتنا وبعضاً من آراء قد يؤيدونها او يعارضونها.

ان طرقتا لموضوع الفحص النفسي للتضي من الاستعانة بجملته من المعلومات التي تنتمي الى اختصاصات مختلفة كالطب النفسي وعلم النفس الحيادي والطب العصبي والفروع الطبية نظيرة العيادية مما يضيق بصفحات هذا الكتاب عن استيفائها شرحاً. لذا عمدنا الى تذييل الصفحات بالاشارة الى المراجع والمصادر التي تساعد القارئ على التعمق في المواضيع التي يرغب في تفصي عوامل ارتباطها بالفحص النفسي .

لمننا ان نكون قد نجحنا في نقل ما استطعنا استيعابه من اصول الفحص النفسي ومبادئه ورجاؤنا ان يشكل ذلك مساهمة ولو متواضعة في مكتبتنا العربية.

والله ولي التوفيق

د. محمد النابلسي

طرابلس في ١/٧/١٩٩٥



## الفصل الأول

# دراسة الشكل الخارجي

١- دراسة شكل الوجه.

٢- دراسة قسّمات الوجه.

الأنف	الجبهة
الشفان	الحاجبان
اللقن	العينان
الأننان	الخدان

٣- دراسة شكل الجسم

تقسيم هيوقراط

التقسيم الفيزيولوجي

تقسيم سينود

تقسيم فيولا

تقسيم كرتشمير



ان دراسة الشخصية من خلال الوجه وقسماته ومن خلال التكوين الجسدي ومن خلال المظهر الخارجي (لباس، تسريحة، نظرة... الخ)، ليست بالفكرة المستحدثة فقد عرفها اليونان واقترحوا لها القواعد وكذلك فقد عرفها العرب ولعبوا علما خلاصا بها سموه "علم القراسة" وهذا النوع من الدراسة قُبِلَ عدد من العلماء المحققين. وبالرغم من هذا التاريخ الطويل لهذا النوع من الدراسات، الا أننا ولغاية الان لا نستطيع قبوله بشكل علمي يتوخى لنا الاعتماد على مبادئه في تحديد شخصية إنسان ما. ذلك أن تعدد الحياة وإمكانات التطور في عصرنا تستطيع ان تساعد أي شخص على تخطي العديد من صفاته الوراثية. فإذا ما سلمنا بحقيقة النتائج التي تعطيها مثل هذه الدراسات، فنحن لا نستطيع تجاهل للتغيرات السلوكية التي يمكن ان تطرأ على هذه الشخصية.

بناء على الاسباب المشروحة اعلاه فان علم الصفات او علم دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي لم يكتب بعد صفة العلم ولكن غالبية الباحثين يعملون لتسميته بالعلم. وبالتالي فإننا في هذا الفصل سنكلم على فن دراسة الشخصية من خلال الشكل الخارجي. ونحن لا نبدأ كتابنا بهذا الفن فان دافعنا لذلك هو الاسباب التالية:

١- وجود قائمة طويلة من الامراض الجسدية التي تنبئ واضحة على المظهر الخارجي كالصفراء والجذري وزيادة افراز الدرقية والمياه الزرقاء واصابات الجهاز العصبي الخ...

٢- الأشكال المميزة لوجوه المصابين ببعض الامراض العقلية كالمنغوليين والمهوسين والقصامين ومنخصص قسما من هذا الفصل لعرض صور المصابين بهذه الامراض مع شروح لها.

٣- بعض الامراض العصبية الخلقية التي تترك بصماتها على الشكل الخارجي للشخص - انظر الصور.

٤- الاهتمام الزائد بدراسة فن الصفات، وتحقيق هذا الفن لبعض التقدم في الفترة الأخيرة، الأمر الذي يجعل من الخطأ إجمال التعرف على هذا الفن.

### لمحة تاريخية.

منذ القدم استطاع العلماء ان يلاحظوا ويفترضوا وجود رابطة بين الشكل الخارجي للإنسان وبين شخصية هذا الإنسان وطباعه.

واستطاع الأقدمون أن يشرحوا بطرقهم الخاصة كيف يمكن الوجه بقسماته وتعبيره وحركته أن يعطينا فكرة عن خصائص الشخصية. وما نحن نعرض بعض الملاحظات في هذا المجال. ونقول ملاحظات لأنها كما سنرى لا تستند إلى أسس علمية أو إحصائية سليمة. ومن هذه الآراء:

١- نستطيع أن نعرف الناس وأعمالهم من طريق تحديد درجة شبيههم بحيوان ما، لوجه القلاطون مثلاً يشبه وجه كلب صيد.

(أرسطو)

٢- أن العين الكبيرة لا تقوم فقط بإخفاء الجمال على الوجه ولكنها تعكس وتميز نكاه صاحبها.

(هوميروس)

٣- أن الذي يحصل في وجهه انفاً طويلاً لحمياً هو شخص محب للجمال، ولكنه يكون أقل نكاه مما يعتقد (أي أنه مغرور). أما ذلك الذي يملك شعراً اسود فهو إنسان يعمل كل ما بوسعه لانهاء العمل الذي بدأه. أما ذلك الذي ينور برأسه دون



سبب أو مبرر فهو شخص متعثر، كذوب، لا يصلح لشيء، غدار وميل لفعل  
الموء.

(لاراعب البرت الكبير)

٤- إن أصحاب الجبهة الضيقة هم أناس مضاعون. وهكذا قام فوشيه  
(Fouché) (ذو الجبهة الضيقة) بخداع نابليون والتغريب به.

(بوربون)

وفي محاولة حديثة لتطبيق رأي أرسطو وجد تشابه بين شكل روبيسبير  
(Robespierre) وبين وجه البحر وكذلك بين وجه فولتير (Voltaire) ووجه  
الشطاب وأخيراً بين وجه بيتهوفن (Beethoven) ووجه الأسد.



Beethoven



Voltaire



Robespierre

ونحن لو قمنا، بمراجعة ما نعرفه عن خصائص أصحاب هذه الشخصيات  
ونصرفاتهم لوجدنا أنها تنطبق فعلاً مع بعض صفات الحيوانات التي تشبهها.  
والحقيقة أن بداية الخطوات الجدية المرتكزة على أسس علمية جاءت في العام  
١٧٧٢ على يد العالم لافاتير (Lavater) الذي وضع أسس علم دراسة الصفات في  
كتاب ضمنه تجربته الواسعة. وسمى هذا العالم كتابه بالموجز في معرفة الناس  
(Précis de l'art de connaître les hommes).

وبعد هذا التلويح اجتنب علم دراسة الصفات عبداً من كبار المفكرين في العصر الحديث أمثال فيلاند (Wieland) ميرنير (Herder) وغوته (Gothe) وغيرهم ممن تبوأوا هذا العلم وناقوا عنه. الأمر الذي أعطى لهذا العلم القدرة على الاستمرار في مواجهة المعارضة القوية التي قامت ضده. هذه المعارضة التي قادها مفكرون بارزون من أمثال ليختنبرغ (Lichtenberg).

وفي مرحلة لاحقة نلاحظ بأن علماء جدد تبوأوا بنورهم علم دراسة الصفات وأصل أبرزهم هو العالم كريشمر (Krestchmer) الذي قام بتصنيف الناس إلى ثمانية نسية محددة الصفات والتصرفات اعتماداً على مظهرهم الخارجي (منعروض لثمات كريشمر في الفصل الثاني).

وفي نهاية المطاف فإن علم دراسة الصفات تدعم عن طريق ادخال عامل جديد مساعد. وهذا العامل هو دراسة تعبير الوجه وحركته. مما أضفى على هذا العلم طابعاً أكثر موضوعية وأكثر التصاقاً بالواقع. وكان من الطبيعي بذلك أن يجتذب هذا العلم عدداً جديداً من المؤيدين فظهرت الكتب والدراسات العديدة التي تناولت هذا الموضوع وصمولا إلى ترسيخ فرع جديد يبنى بدراسة سمات الوجه (Mimiques) وتعبيره الانفعالية<sup>(١)</sup> ولقد وضعت البروفسورة موسون اختباراً للتماهي بالاحالات الانفعالية<sup>(٢)</sup> للمؤلف من سنة عشرة صورة ذاتية رسمها الرسام الألماني رودولف لنفسه وهو يقلد إيماءات تعبيرية مختلفة<sup>(٣)</sup>.

١ - يشهد هذا الفرع اعتماداً خاصاً في الآونة اللاحقة ويستخدم فيه الفيديو كأداة للدراسة ومراقبة التماهي الانفعالية للشخص.

٢ - روز ماري شامبين-أيجار رودولف منشور في مجلة الثقافة النفسية، العدد ١٨، ١٩٩٤.

٣ - أيزابيث موسون: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

## ١- دراسة الشكل العلم للوجه.

يقسم علم دراسة الصفات الوجه الى ثلاثة اقسام: (١) الطوي، (٢) الوسط (٣) السفلي. وتتحدد شخصية انسان ما من خلال هيمنة احد هذه الاقسام. وهذه الهيمنة تحدد في رأي الباحثين استجابات الشخص وميوله النفسية. ولنتعرض الآن للخطوط العريضة لتحليل الشخصية من خلال شكل الوجه ونبدأ بالشكل رقم (١).



نلاحظ في هذا الوجه هيمنة القسم الطوي على باقي اقسام الوجه. وهذا الشكل يتميز، كما نلاحظ، بالجبهة العريضة. والجبهة تعتبر مسؤولة عن العلاقات الاجتماعية والانسانية المتميزة بالذكاء. وعرض الجبهة هو اذا نيل على الذكاء وعلى القدرات الذهنية والتفكيرية المتطورة وخاصة في الميدان العملي - التطبيقي. وبالطبع فإن شكل الجبهة العريضة يلعب دوراً مهماً في تحديد الشخصية.

فالذوق هو السمة المميزة اذا كانت الجبهة العريضة مدورة، أما القدرة التخيلية للذكاء فهي التي تسطر اذا ما اتسعت الجبهة في قسمها الاعلى.

أما حين يكون اتساع الجبهة العريضة في قسمها الاسفل فإن هذا يعني سيطرة القدرة التطبيقية للذكاء.

وليسوا فيما يخص الجبهة العريضة فإن الباحثين يلاحظون بأن وجود الأخاديد والتجاعيد فيها يعكس ميل الشخص نحو التجريد، نحو البحث عن الأسباب وخلفياتها وايضا قدرة متفوقة على التحليل المنطقي.

لما إذا كانت الجبهة العريضة صافية وغير متموجة فهي تعكس ميل صاحبها لأحلام اليقظة وعجزه عن التكيف مع الحياة العملية.

لما إذا كفت الجبهة المريضة بشكل مربع منحرف (Trapéze) مع الضلع الأكبر نحو الأعلى. فإن مثل هذه الجبهة تعكس قدرة صاحبها على الإبداع والخلق.

وأخيراً فإن الجبهة المريضة ممكن أن تكون على شكل قوس قوسوي وهي في هذه الحالة تعكس سلبية وعقم أفكار صاحبها.

وننتقل الآن إلى الشكل رقم ٢ حيث يهيمن القسم الأوسط من الوجه.



ويتميز هذا الشكل كما نلاحظ بسيطرة الدمليز: (فم - أنف). أي بأنف وفم كبيرين. وسيطرة القسم الأوسط تعكس قدرة وزخماً عاطفين. فهذا الشكل يعكس شخصية ذات مزاج عاطفي متقدم مما يجعل من هذا الشخص ميالاً للحياة الدافئة، العاطفية والهادئة. وهذا الشخص يتميز في الوقت ذاته بقدرة فائقة على المواجهة. وهذه الصفات جميعها تزداد تأكيداً في حالة وجود الأنف المتطول والضخم.

لما إذا كان الأنف حاداً فهو في هذه الحالة يبرهن عن العنف والعصبية. والعكس صحيح، أي أن دقة وصغر القسم الأوسط للوجه يعكسان شخصية تمتاز بالبرودة العاطفية والانغلاق الاجتماعي. وعندما يكون الأنف دقيقاً جداً فهو يعكس برودة أعين وقدرة فائقة على التحكم في العواطف والاتصالات. بحيث تهيمن البرودة على علاقات صاحب هذا الوجه.

وأخيراً نعرض الشكل رقم ٣ حيث يهيمن القسم السفلي للوجه على باقي أعضائه.



ومن خلال الصورة نلاحظ القم والفك الكبيرين. ومثل هذا الوجه يعكس حساسية وشهوانية وكذلك قدرة على التحمل وقدرة جسدية كبيرة. ولهذا الشخص إقبال زائد على النشاط والقدرة على التحكم في أفعالاته. والمكس صحيح، لأن دقة القسم الأسفل للوجه تعكس الصابية والخمول. وخاصة إذا كان الفك دقيقاً. فهذه الدقة

تعكس ضعفاً معيناً، تردداً وضعف إرادة كما تعكس الافتقار للدبلوماسية في التعامل مع الآخرين.

أما بالنسبة للقم الصغير ذي الجوانب المتجهة نحو الأسفل على شكل ٨ فإن مثل هذا القم يعكس تعاسة صلحبه وميله نحو الاكتئاب.

وبعد استعراضنا للأشكال الثلاثة ولمميزاتها. نلقت النظر إلى أن قلة قليلة من الناس فقط يمتازون بهيمنة واضحة لأحد أقسام الوجه. ففي الغالب نجد أنفسنا أمام وجوه تنقسم السيطرة فيها بين قسمين على حساب القسم الثالث.

وكثيراً ما يحدث أن تتوزع هذه السيطرة على الأقسام الثلاثة بنسب متفاوتة. ولهذا الأسباب رأينا أن نضيف إلى الأشكال الثلاثة الرئيسية الأشكال التالية:

١- وجه تنقسم فيه السيطرة بين القسم الطوي (الجبهة) والقسم الأوسط (الفك الاعلى، الأنف والخدين). بحيث تكون نسبة السيطرة متساوية بين القسمين على حساب القسم الأسفل.

إن مثل هذا الوجه يعكس شخصية مترنة. تتمتع بخصال حميدة متعددة. وهذه للشخصية هي في ذات الوقت شخصية فكر، ومبدأ ولكن كذلك فهي شخصية فعل وإنما نوع معين من الفعل. ذلك الفعل الخاضع للمنطق والعقل. ومثل هذا الشخص

يستطيع أن يضع قيد التنفيذ قدرته على الإبداع هذه القدرة المتوازنة مع رغبته في تحقيق ذاته.

مما تقدم نلاحظ بأن لهذا الشخص سلوكاً متشعباً في تعامله. إذ إن هذا الشخص يمكن أن يلعب أدوراً متعددة في آن معاً. فهو طليعي، قائد، زعيم ووالد.

٢- الوجه الذي يمتاز بتناسق النسب بين الأقسام الثلاثة. ولكن مع تفاوت السيطرة. بحيث تقل هيمنة القسمين الأعلى والأوسط (دون أن يقل حجمهما). وهذا يحدث إجمالاً في الوجوه الصغيرة حيث نلاحظ التناسق بين الأقسام الثلاثة. كما نلاحظ أن للجبهة، الأنف والخدين تمتاز بالثقة.

ومثل هذا الوجه يعكس شخصية متوازنة لائنسان متواضع، جَدُّ ونشيط ولكن هذا الشخص يكون عادة عاجزاً عن القيام بالأعمال المميزة. فهو لا يستطيع أن يتسلم دور القيادة وإعطاء الأوامر. بل هو موال لأن يتلقاها وينفذها بأمان ونشاط. كما نلاحظ لدى هذه الشخصية درجة معينة من السذاجة.

وهذه الصفات التي ذكرناها أعلاه لا تمنع بعض أصحاب هذا الوجه من الارتقاء في الحياة وفي المناصب. واعتماداً على الخداع الذي يجيدونه وخاصة في حال وجود من يشجعهم على هذا الخداع.

٣- الوجه الذي يمتاز بفتحة عريضة ومفتوحة (فم كبير + أنف كبير). وصاحب هذا الوجه يكون منفتحاً، متحرراً، كريماً، مائلاً بالتعصب وكذلك فهو عاطفي. وهذه العاطفية قد تجعله يبدو متكبّلاً كثير التقلص وصاحب نزوات.

٤- الوجه الذي يمتاز بالأنف والفم الدقيقين والمتقين. وصاحب هذا الوجه يكون ميالاً للزلة وإخفاء عواطفه. ومثل هذا الشخص يجيد السيطرة على انفعالاته إلا أنه قليل الثقة بالنفس، تتلبه أحياناً نوبات من الحشوية. ومثل هذا الشخص نتيجة لحشريته ولاخفائه لمواطفه ممكن أن يفاجئنا ويعرضنا لمواقف غير منتظرة.

وخاصة عندما نكون عنه فكرة خاطئة نتيجة إخفاقه لعواطفه. ومفاجأة هذا الشخص ممكن أن تكون سارة (إذا ما أخفى الشخص طيبة) أو غير سارة إذا كان العكس. ولكنها مفاجأة في أية حال من الأحوال.

## ٢- دراسة قسيمات الوجه:

إن دراسة الشكل العام للوجه بأقسامه الثلاثة. لا تكفي وحدها لتكوين فكرة متكاملة عن الشخصية. وفي سبيل تكوين مثل هذه الفكرة يرى الباحثون وجوب دراسة قسيمات الوجه وأجزائه كل على حدة (العينان، الحاجبان، الأنف، الخدان، الفك (والجبهة) وهذا ما سنعرض له في هذه الفقرة. ونبدأ بدراسة الجبهة.

### أ- الجبهة:

يحدد الباحثون أشكال الجبهة على النحو التالي:

١- الجبهة العريضة، الكبيرة والعالية: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تتميز صاحبها بالحسن العملي.



٢- الجبهة الضيقة- المنخفضة: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بذكائه وقدراته الذهنية (التفكير، الفهم والحكم على الأشياء) وكذلك فإن هذه الجبهة تتميز صاحبها بالحسن العملي.



٣- الجبهة ذات التجاعيد والأخاديد: ويمتاز صاحب هذه الجبهة بكونه صاحب هموم وطموحات. الأمر الذي يجعله مضطربا وبحاجة دائمة للتركيز وهو مفكر بطبعه.





٤- الجبهة المقوسة: ويمثل صاحب هذه الجبهة بسليته وميله لأحلام اليقظة. وهو يمثل كذلك بطيب طويته.



٥- الجبهة المربعة المنعرجة: وتكس هذه الجبهة حيوية خيال صاحبها وقدرته على الخلق والابداع.



٦- الجبهة المتشعبة: ويمثل صاحب هذه الجبهة بالسياسة وراء رغباته ولزوقه. وكذلك فإن هذه الجبهة ترمي بالبرهانية.



٧- الجبهة المنتفخة في وسطها: وهذه الجبهة تعكس تركيز تفكير الشخص حول ذاته. الأمر الذي يميز هذا الشخص بالأفنية المتطورة وهذا الشخص يكون عادة صواباً ومستعداً للتعليم بأي شيء في سبيل تحقيق أهدافه وأفانيته.



### ب- الحاجبان

١- الحاجبان الكثيفان: ومثلان الحاجبان يندلجان بالحيوية الجنسية والقدرة على التحكم في الأمياء.



٢- الحاجبان الرقيقان: ومثلان الحاجبان يعكسان ضعف القدرات الذهنية لصاحبهما.



### ٢- الحاجبان غير المنتظمين وغير المرتبين:

وهذان الحاجبان يعكسان نزق صاحبهما وعدم انتظام افكاره.



### ٤- الحاجبان المتقاربان مع وجود التجاعيد

بينهما؛ ويعكس هذان الحاجبان تركيز صاحبهما، توتره، حيويته، اضطرابه النفسي وكذلك حزنه وتشاومه.



### ٥- الحاجبان المنحنيان نحو الخارج مع

انخفاض اطرافهما الخارجية؛ وهذان الحاجبان يعكسان التعمسة، عدم الاطمئنان، والانهيار واخيراً حشرية قد تقل بحيث تصعب ملاحظتها، أو قد تزيد بحيث تضيق المحيط.



## ج- العينان

### ١- الجفون: إذا كان الجفن الأسفل للعين

قوياً فهو يعكس الحيوية والنشاط . أما إذا كان الجفن الأسفل ضعيفاً ورقيقاً فهو يعكس الضعف. ومن الممكن أن نلاحظ حركة ما على صعيد الجفنين. فإذا كانت الحركة لا إرادية تشبه رفة أو غمزة العين. فإن هذه الحركة تعكس عدم الاطمئنان، العصبية الزائدة والإرهاق.



أما إذا كانت حركة الجفنين لا تحصل إلا في مواقف معينة. فهي في هذه الحالة تعكس القلق الناجم عن الكذب أو عن الشعور بالذنب.

أما في حال حركة الجفون حركة ارتجائية فإنها في هذه الحالة تعكس الإرهاق النفسي، الخوف أو الهستيريا.  
وأيضاً فإن هذه الحركة ممكن أن تحدث بشكل تقلصات وهي في هذه الحالة غالباً ما تعكس الهستيريا.

## ٢- وجود الدوائر السوداء حول العين:

وهذه الدوائر تعكس تعب العينين والإرهاق النفسي والجسدي. ولكنها قد تنجم أيضاً عن الهزال (النحف) أو عن البكاء الحاد أو عن المبالغة في ممارسة الجنس.



والحقيقة أن العين هي الباب الحقيقي للإنسان نحو العالم. فمن خلالها يرى الإنسان العالم ويتفاعل معه. ولكن العين ليست مصدر احساس فقط ولكنها أيضاً مصدر فعل. وهي مرآة حقيقية تعكس الشخصية. والعيون لغتها الخاصة. وهي تتكلم لغتها هذه من طريق حركتها في محاورها وعن طريق حركة البؤبؤ في داخلها. ولكبر العين تأثير بالغ في مساعدتها على جعل لغتها مفهومة من الآخرين. وهكذا فإننا نستطيع أن نستشف من خلال العين أفكار الشخص ونيته. عواطفه وأهواءه وكذلك مواقفه النفسية السوية والمريضة على حد سواء.

## د- الخدان

يؤلف الخدان كما رأينا الجزء الأكبر من القسم الأوسط للوجه. وهذان الخدان هما إما:



١- ممثلان ومتفخلان: وهما يعكسان الهدوء، الرداعة، الطيبة والتفاؤل (خاصة عندما يكونا مثلين للحمرة). وهما يعكسان أيضاً السذاجة (بدرجات

متفاوتة) لما عندما يكون لون الخدين مثلًا للصفرة والشحوب فقد يعكسان ضعفاً عقلياً.

٢- متقلصان ومشدودان: وفي هذه الحالة فهما يعكسان قوة الإرادة، القدرة على التركيز، الجدية والقدرة على اتخاذ القرار. ولكنهما يعكسان أيضاً الخبث بدرجات متفاوتة) وفي حالة ترافقهما بالتجوف بين الأنف والشفة فهما يعكسان بالإضافة لما ورد أعلاه الكآبة، الألم الأخلاقي، العصبية، القلق وأحياناً الأرق.



٣- غير معتلى بهما، تتخللهما الأخاديد والتجاعيد ويعكسان في هذه الصورة حالة انهيار حيوي، شيفوخة مبكرة (انحمان، سهر، ارق، هبوط حيوي أو اصابة مبكرة بتصلب الشرايين). كما يمكن ان يعكسا انهياراً عصبياً. أو لا مبالاة، بأساً، إهمالاً أو عوضاً عن ذلك شخصية شاذة.



#### هـ- الأنف

والأنف أيضاً مكون رئيسي للقسم الأوسط من الوجه. وقد رأينا أثناء حديثنا عن الشكل العام للوجه أهمية الأنف الذي سندرسه الآن في جميع أشكاله.

١- الأنف المستقيم الكبير: ويعكس الطيبة، المزاج المعتدل والأنصاف في مواقفه وعلاقاته.



٢- الأنف العريض: ويعكس البساطة والموهبة العقلية المحنونة مع درجات متفاوتة من الأنصاف.



٣- الأنف الحادة: ويعكس القساوة ودرجات

متفاوتة من الخبث والبخل وكذلك الغضب والثورة  
السريعين.



٤- الأنف الصغير نسبياً والموجه إلى الأعلى:

ويميز صاحبه بالرفقة والتسامح وكذلك بالبساطة  
والهستيريا والإقدام ولكن أيضاً بالقليل من  
السطحية.



٥- الأنف المسطح الشبيه بأنف القط: وهذا

الأنف يوحي بمداينة صاحبه ويميله للخبث.



٦- الأنف المعكوف إلى أعلى: رغبة في

السيطرة، وميل للبخل.



٧- الأنف المعبري: فتحة متطورة ودرجات

متفاوتة من البخل والوقاحة.



٨- الأنف الشبيه بالمنقار: متحمس عادة

للأخلاق السيئة، ميل للأعمال الذميمة والفكرية. إلى  
حد ما متأخر.



٩- الأنف ذو المنخرين المفتوحين إلى الامام:

وهذا الأنف يعكس تبساط صاحبه وفتلحه على  
الآخرين.



## و- الشفاه

تتدخل الشفاه كعامل أساسي في تحديد القسم الأسفل للوجه. وهي التي تعطي للفم شكله وتحدد حجمه. وها هي متغيرات شكل الشفاه مع ما يعكسه كل منها.

١- الشفاه المتساوية: وهذه الشفاه تعكس



التوازن النفسي والميل لاحقاق الحق. كما تعكس النزاهة والتجرد.



٢- الشفة العليا كبيرة: وهذه الشفاه تعكس

طيبة صاحبها.



٣- الشفة السفلى كبيرة: وهذه الشفاه تعكس

شعور صاحبها بالتفوق. كما تعكس ميل الشخص للسيطرة. وكذلك فإن هذا الشخص يظهر بمحض الاحتقار للآخرين.



٤- الشفاه اللحمية الحادة والواضحة: وهذه

للشفاه تعكس الضيق.



٥- الشفاه الرقيقة - المسطحة: وهذه الشفاه

تعكس حساسية محدودة، قسوة وخيث. كما يمكن أن تعكس هذه الشفاه الميل للنس والخداع.



٦- الشفاه المقوسة (المتماوجة): وهذه الشفاه

تعكس خجل صاحبها وبراغته وكذلك فهي تعكس بساطته.

### ٧- الشفاء المشدود: وتعكس هذه الشفاء



حيوية صاحبها وكذلك طموحه ويظهر. كما تعكس هذه الشفاء كون صاحبها ذا إرادة قوية، متصلياً ومغزوراً.

### ٨- الشفاء المتباعدة: وهذه الشفاء تنكأ على



التردد في اتخاذ القرار وكذلك على درجات متفاوتة من الضعف النفسي والعاطفي وأخيراً فإن هذه الشفاء تنكأ على ضعف صاحبها وكسله.

وفي نهاية حديثنا عن الشفاء لا بد لنا من استعراض الدلالات النفسية لحركات الشفاء. وهذه الحركات قد تنبئ من خلال ارتجاف الشفاء وتدلنا في هذه الحالة على عصبية، هوسية الشخص وكذلك لوماته النفسي وشعوره بالظلم.

أما إذا كانت للشفاء حركات عضلية مثل عادة عض الشفاء أو مص الأصبع... الخ، فهذه الحركات تعكس معاناة الشخص للضغوط النفسية، مشاعر القم، رغبة مكبوتة بالثورة وكذلك القلق. ومن الممكن في بعض الحالات أن تكون هذه الحركات دليلاً على حالات متفاوتة الحدة من العصبان وأحياناً التخلف العقلي.

أما إذا كانت الشفاء لا تتحرك بشكل متناسق أثناء الكلام فإن ذلك قد يعكس اضطراباً في النطق (Logonévrose) أو قد يوحي لنا بوجود أضرار عصبية.

والشفان كما أشرنا في بداية الكلام عنهما تولقان القم، وحجم الشفتين وبالتالي حجم القم يلعب دوراً مهماً في تحديد شخصية المرء. فإذا كان القم صغيراً فإن ذلك يدلنا على بساطة التصرفات والتفرد الذهني. أما إذا كان القم كبيراً فلهذا يدلنا على العاطفية والتوقد. ولكنه قد يعكس أيضاً الميل لكثرة الكلام أو لاستعمال اللفاظ غير



المهذبة. أما إذا كان القم مقوساً نحو الأسفل على شكل ٨ فإنه يعكس الحزن والتعاسة وفقدان الأمل كما قد يعكس الانهيار.

ولخيراً عندما يكون القم مقوساً نحو الأعلى على شكل ٧ فهو يدلنا على حسن النية، التفاؤل، المرح وعلى قوة الشخصية.

### ز- الذقن

وهي بعد الشفاه ثاني المعالم الرئيسية للقسم الأسفل للوجه. والذقن يمكن أن تكون بأحد الأشكال التالية:

١- الذقن الكبيرة: وتعكس قوة الإرادة، الطاقة، الهدوء والقدرة على التحكم بالذات.



٢- الذقن الصغيرة و/أو المشدودة نحو الخلف: وتعكس ضعف الإرادة وضعف القدرة على الاحتمال والمثابرة.



٣- الذقن البارزة والطويلة الفكين: وتعكس الطموح القوة والقدرة.



٤- الذقن البارزة والمشدودة نحو الأعلى: وهذه الذقن تعكس عادة خبث صاحبها.



٥- الذقن المربعة: وتعكس مثل هذه الذقن قوة إرادة صاحبها.



٦- الذقن الحادة: وهذه الذقن تدخل على لا منطقية صاحبها.



٧- الأذن المدورة: وتعكس هذه التكن طيبة صاحبها حسن مشرعه وكذلك لطفه وكونه محبوباً.

٨- التكن البيضاوية: وتدل هذه التكن على الثبات والتوازن الانفعالي.

### ح- الأذن

١- الأذن الكبيرة: وتكلمنا على سذاجة صاحبها.

٢- الأذن العالية: وتكلمنا على الوقلمسة والاستهتار بالقيم.

٣- الأذن للعريضة المجوفة: (مثل المصدفة) وتكلمنا على المس الموسيقي لصاحبها.

٤- الأذن الصغيرة: وتدل هذه الأذن على التهنيب، الظرف واللباقة.

٥- الأذن المغروسة نحو الأسفل: وتكلمنا هذه الأذن على شجاعة صاحبها وقنصله.

٦- الأذن المسددة: وتكلمنا هذه الأذن على كون صاحبها شعبياً مع ميل للمواقفة.

٧- الأذن المدورة: وهذه الأذن تعكس تفوق صاحبها الذهني كما تعكس كونه صاحب مواهب.



٨- الأذن غير المسطحة جيداً: وهذه الأذن  
تعكس ضعف صاحبها.



٩- الأذن القريبة من الراس والملتصقة به:  
وهذه الأذن تدلنا على غدا صاحبها.



١٠- الأذن العادة: وتدلنا على ميل صاحبها  
للقائمة والتندر.



١١- الأذن محددة العوائس: وتدلنا على  
الطاقة والقدرة على اتخاذ القرار.



١٢- الأذن البعيدة عن الراس: ويمكن أن  
تعكس تخلفاً عقلياً نسبياً. إلا أنها من الممكن أن  
تعكس أيضاً الغث والميل للأذى.

وفي نهاية حديثنا عن أساليب تحديد الشخصية من خلال دراسة الوجه  
ونقسمه. نجد لزماً علينا أن نناقش نقطتين مهمتين هما:

أ- الشكل العام للوجه

ب- النظرة

أ- الشكل العام للوجه.

١- الوجه المربع: ويدلنا هذا الوجه على الحيوية، الطاقة والتسلط. وهذا الوجه  
هو وجه القادة، المجددين (نابليون، هيجو، بينتوفن)، ولكن صاحب هذا الوجه قد  
يكون ميالاً للسخرية اللاذعة (فولتير) أو قد يتميز بالكبرياء الزائد (ريتشارد فاغنر).

٢- الوجه المستطيل: ويدل هذا الوجه أيضاً على الحيوية، الطاقة والميل للسيطرة ولكنه أقل قوة من صاحب الوجه المربع، وصاحب هذا الوجه يحقق ذاته في ميادين مثل السياسة، الرياضة والأعمال. فصاحب هذا الوجه يمتاز بقدرته على الحفاظ على التوازن (خاصة إذا كانت له جبهة عريضة) ومن أصحاب الوجه المستطيل (دافتي، بولو،... الخ).

٣- الوجه المثلث: ويميز هذا الوجه الأشخاص الذين يميلون للتأمل، الزلادي الحسابية والميلان للتشاور، الوحدة والتماسة. ولكنهم في المقابل يتمتعون بقدرات عقلية وذيلية جيدة وكذلك بخيال خصب. إلا أن قوتهم الجسدية تكون محدودة ومن أصحاب هذا الوجه (أناقول فرانس، برناردشو، ديكارت... الخ).

٤- الوجه المثلث: (رأس المثلث نمو الأسفل): ويدل على الذهن المثقوب والمتولد وكذلك فهو يدل على الجرافة، سعة الخيال والقدرة على الابتكار. وهو أحياناً مغامر. وهذه المجموعة تحوي الصوفيين، الفنانين والفلاسفة ومنهم نذكر (شوبان، كنط... الخ).

٥- الوجه المدور: ويشع هذا الوجه بالحرارة والسعادة والتشاول وهو يعكس أيضاً لطيفة والقدرة والمرح.

وصاحب هذا الوجه يخضب بسرعة ولكنه لا يحمل الحقد وهو كثير الحركة وصديق جيد وفيه ومن أصحاب هذا الوجه (بازاك، لكسنندر ديماس... الخ).



نلاحظ في هذه الصورة القوس الربيع دائري الذي يساعدنا في تحديد مدى دائرية الوجه وكذلك مدى انفتاح الخدود.

أما الخط الأسفل، المنقطع فهو الفاصل بين القسم الأسفل للوجه ويبين قسمه الأوسط.

في حين أن الخط الأعلى، المنقطع أيضاً، فهو الفاصل بين القسم الأوسط للوجه ويبين قسمه الأعلى.

وأخيراً فإن الدائرة الموجودة على يمين الصورة مع الخط المنبثق منها فهما تساعدان على تحديد حجم الوجه.

٦- الوجه البيضاوي: أصحابه يتشابهون إلى حد بعيد مع أصحاب الوجه المدور ولكنهم يتنازرون عنه بدولوماسيتهم وكذلك من خلال كونهم أقل نشاطا وحيوية. وأصحاب هذا الوجه يمكن أحيانا أن يوجهوا أدراقتهم نحو مشاعرهم السلبية وهم بذلك قد يصبحون خطرين إذا ما استثيروا أو تعرضوا للاستفزاز. ومنهم (ياغقيني، إبراهيم لكون... الخ).

ومن الطبيعي القول بأن شكل الوجه الهنسي لو جد لا يستطيع أن يعطينا فكرة متكاملة عن الشخصية ما لم نقرن ذلك بدراسة سمات الوجه وحركاته. وكذلك مقدار العناية به (الأنظفة- التسريحة- اللقن... الخ).

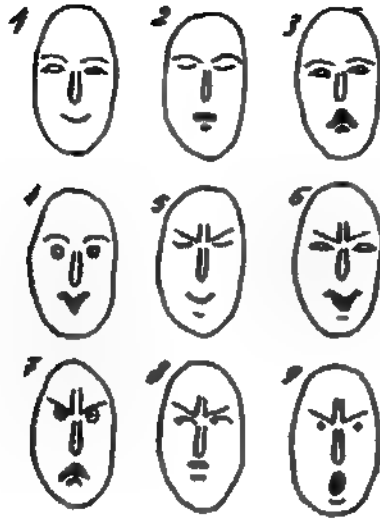
### ب- النظرة

إن النظرة لا تنقل فقط العالم الخارجي إلى داخل الشخص ولكنها أيضا تعكس لدخل النفس وتعرضها على العالم الخارجي. وكما سبق القول فإن العين لغتها الخاصة. هذه اللغة التي تحددنا العين من طريق أفعالها. اتجاه نظرتها، حدة أو سطحية النظرة، وكذلك درجة حركتها. والعين لكي تعبر عن داخل صاحبها تستعين بالعاجين فتعطيهما الشكل الملائم لما تريد أن تعبر عنه وكذلك فإن النظرة تستعين بعضلات الوجه ككل وتعطي الفم والحنين ظلالا وأشكالا معينة.

وفي هذا المجال نذكر بقول بلزكه: "إن نظرة واحدة يمكن أحيانا أن تكون كافية لقول كل شيء عن جمال أو عن قبح إحدى النفوس".

وبما أن المجال يضيق بنا لشرح تفاصيل دلالات النظرة فإتينا نكتفي بأن نورد بعض رموز لغة العين ونظراتها.

والحقيقة أن مجموع هذه الصور لا يساعدنا ويخلص لنا النظرات ولكنه يختصر لنا مجمل تعبير الوجه ولتأخذ كل صورة على حدة فلاحظ.



جدول عن B. Jacobson

الصورة رقم ١ وتمثل تعابير الشخص المنتظر، اللامبالي، المتورد وكذلك  
المسرور.

الصورة رقم ٢ وتمثل تعابير الشخص المكثي، الراضى عن نفسه والجدي.

الصورة رقم ٣ وتمثل تعابير الشخص المكتئب، المنهار والمغضب.

الصورة رقم ٤ وتمثل تعابير الشخص المفاجأ بمفاجأة سارة، الحيوي والمسرور.

الصورة رقم ٥ وتمثل تعابير الشخص الذي يقاوم اظهار سروره.

الصورة رقم ٦ وتمثل تعابير الشخص المسرور والمنشرح من كل قلبه.

الصورة رقم ٧ وتمثل تعابير الشخص المتعرض لمفاجأة غير سارة، الخائف

والقلق

الصورة رقم ٨ وتمثل تعابير الشخص الحشري، غير الودق من نفسه وغير

المطمئن.



الصورة رقم ٩ وتمثل تعابير الشخص القرف، انفجار أمام مفاجأة غير سارة، الغضب، التعرض للتهديد والثورة.

وأخيراً هنا نحن نهي عرضاً للدلالات النفسية لشكل الوجه باستعراض بعض الصور المرضية. بحيث نعرض الصورة ونشرح تحتها المرض الذي تعكسه ومظاهر هذا المرض. وفي هذا العرض قلادة ليس فقط من حيث التطبيق العملي كما أوردناه عن طرق دراسة الوجه ولكن فيه أيضاً فائدة من حيث تكوين نظرة عامة مقارنة حول هذا الموضوع.



مرض كروزون، يتميز بأنف (منقار)، تنافر زولن Zwollen: وجه مثل وحول في كلا العينين، انخفاض في السمكة، أنف أبيض، نصف للخبث. النظر. وطوش جزئي



المنغولي. لاحظ ميلان العين الخالص تصور القرار الدرقية. لاحظ المنظر بالمنغولي والمنظر العام للوجه (أنف المميز. انتفاخ الأغشية... الخ. وهذا لقط الأنثى... الخ) وهو متخلف عقلياً تصور يؤدي الغلابة في حال تطوره.



أصوّر الدرقية في مرحلة متقدمة. لاحظ زيادة القوّة الدرقية. لاحظ انظرّة الخلفة  
الفتاح الجفون. والتحفّظ وفي هذه لو النضجي. يريق العينين وجهها. والمرحلة فإن نكاه المريض يكون ويمتاز المريض بسرعة الغضب  
محدوداً. والاستشارة.



تأخر Cushing الوجه مدور أحمر تأخر هيرمان- مشرف- فرمونوا. المميز  
اللون، يوحى بالصحة ولكن تعابير شبيه بوجه يشبه وجه الطيور. ألف ضامر  
معدومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة. وحدا. قعر شعر الحاجبين. وعينان جد  
صغيرتين.



تأخر نمو نصف الوجه (وجه Romber) تأخر هيرمان- شيلدون لاحظ: الحنان  
غائرتان، مثلثان بعكس المثلث المنغولي. وميزاته واضحة في الصورة.



تصورة الفرق الجنسي. لاحظ تجمع الكاثمة (Acromégalie) لاحظ تضخم الجلد ونشغله وغالب شعر الشارب الأنف، الشفاه الأصابع. وكذلك زيادة الشعر في الحليين. والذقن.



التأخر الشري- الأنفي- الأنفلي تصور الفرق الذكري لدى الأطفال تظهر الوجه والضح. ومن صفات هؤلاء Tricho - Rhino - Phallangien يتميز بندرة الشعر وخفته، مع أنف ضخمة الأطفال الغباء. لحمي، الأسنان مزروعة بشكل مشوه. مع ضعف النمو العظمي.

### ٣- دراسة شكل الجسم

كما قد أشرنا في بداية هذا الفصل إلى أن فكرة الربط بين مظهر الشخص وبين طباعه هي فكرة قديمة . ذلك أن الأقدمين اعتقدوا بأن مظهر الشخص وطباعه كما يعودان لنفس الأسس البيولوجية التي تحدهما بيئة ووراثة الشخص.

والحقيقة أن هذه النظرة تتمتع بالكثير من الموضوعية العلمية. فنحن نعرف اليوم التأثيرات المهمة التي تمارسها غددنا الصماء سواء على الصعيد النفسي أو على الصعيد الجسدي. فمستوى إفراز هورمون النمو لا يؤدي فقط إلى إعاقلة النمو الجسدي ولكنه يعيق أيضاً النمو العقلي للشخص المصاب بهذا القصور. ونفس عليه بالنسبة لبقية اضطرابات الغدد الصماء.

وإذا كنا في مجال عرض الآراء الرابطة بين شكل الجسم وبين الخصائص النفسية للشخص فلنبدأ بـ:

#### ١- تقسيم هيبوقراط

إن أولى التصنيفات الشكلية لطبائع الإنسان. هي التصنيفات التي أرساها الطبيب اليوناني القديم. يوم كان الطب فلسفة أكثر منه علماً تجريبياً. وقد رأينا كيف اقترح أرسطو دراسة طبائع الشخص عن طريق إيجاد الشبه بينه وبين الحيوان. أما هيبوقراط فقد اعتمد تقسيماً آخر. قسم الناس إلى أربعة أشكال رئيسية، وهذا التقسيم الرباعي يأتي اعتماداً ومقارنة مع التقسيم الفلسفي للعوامل الأساسية للحياة وهي الماء، التراب، النار والهواء. ولغاية وقتنا الحاضر فإن هنالك عدداً من المفكرين الذين لا يزالون يعتمدون هذه القواعد في شرح شخصية الإنسان. ومن هؤلاء نذكر المفكر الفرنسي غاستون باشلار.

## ٢- التقسيم الفيزيولوجي.

وهذا التقسيم يعتمد مبدأ وجود أربعة طباع أو أشكال للطباع، ويقسمها على النحو التالي: (١) النمط الصفراوي، (٢) النمط العصبي، (٣) النمط الدموي، (٤) النمط الليمفاوي. أما فيما يتعلق بالخصائص الجسدية والنفسية لهذه الأنماط فهي التالي:

أ- النمط الصفراوي: ويتميز هذا الشخص بطول البدن ولكن أيضاً بنمو مختلف نواحيه الجسدية. ولهذا النمط مزاج نفسي- حركي أي أنه فاعل وعمل.

ب- النمط الليمفاوي: ويتميز هذا النمط بنقل اعطافه وسمنتها. وهو إلى ذلك ذو حيوية محدودة.

ج- النمط العصبي: وهذا الشخص يوجد دائماً تحت تأثير ميوله وردات فعله العصبية. ومن الناحية الجسدية فهو يمتلك بهيمنة القسم الأعلى من وجهه (الجبهة والجبهة لجمالاً) على الوجه بل وعلى الجسد ككل. إذ أن هذا النمط يتميز برأس كبير وجسد مش وهزل.

د- النمط الدموي: وهذا الشخص تستهويه الآثار الاتصالات، بحيث يبحث عنها. وهو كثير الحركة، أما على صعيد الجسد فهو يتميز بالصدر الواسع وبهيمنة القسم الأوسط من وجهه على باقي أقسام الوجه.

والحقيقة أنه في الواقع العملي قلما نلقي نمطاً بحتاً ولكننا غالباً ما نصادف مزيجاً من هذه الأنماط في شخص واحد. وتقدير هذا التمازج ودرجته يعتمدان أساساً على خبرة الفاحص وحده.

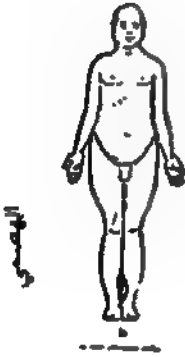
## ٢- تقسيم المترسة الفرتسية (Sigand)

أد تبنى سيمو Sigand نظرية الفيلسوف لامارك (Lamarck) القائلة بتأثير البيئة في النمو العضوي للإنسان. إذ أن الظروف البيئية للإنسان هي التي تحدد

تطور أحد أجهزته الفيزيولوجية على حساب بقية هذه الأجهزة. وبناء على هذه النظرية أتي تقسيم المدرسة الفرنسية على النحو التالي:



أ- النمط التنفسي: جسدياً يمتاز هذا النمط بجذع صغير يؤثر على المظهر الخارجي العام للجسم. بحيث يجعله يبدو وكأنه مربع منحرف قاعدته للكبرى نحو الأعلى. وبهذا فإن الكتفين تكونان عريضتين والقص الصدري يكون نامياً سواء لجهة الطول أو العرض. أما عن شكل الوجه فهو على شكل معين يهيمن عليه القسم الأوسط (الأنف والذقن). والأنف يكون طويلاً يفصله عن الجبهة انخفاض في منطقة ما بين الحاجبين.



ب- النمط الهضمي: يمتاز هذا النمط بنمو البطن. ويطول نسبي للجذع. وذلك بحيث يبدو الجذع وكأنه ينفذ الصدر إلى أعلى أما الحلق فيكون قصيراً وسيناً.

أما الكتفان فتكونان ضيقين وهابطتين. وعلى صعود الوجه نلاحظ هيمنة القسم الأسفل منه (الفم والذقن) مع جبهة ضيقة. (راجع معنى هيمنة القسم الأسفل للوجه والجبهة الضيقة).



ج- النمط العضلي: ويمتاز هذا النمط بتطور ملحوظ لأعضاء الجسم وكذلك لعضلاته. ويكون الجذع على شكل مستطيل. إلا أن هذا الجذع يكون متناغماً من حيث الحجم مع صدره.

أما وجهه فيكون مستطيلاً ويمتاز بالتناسق النسبي لأقسامه الثلاثة. ويمتاز هذا النمط أيضاً بنمو زائد للشعر في مختلف أنحاء الجسد.

د- النمط الدماغى: تهيمن جمجمة هذا الشخص على جسده. ويبدو وجهه على شكل مثلث قاعدته الى الأعلى. ووجهة هذا الشخص تكون عادة مقوسة. أما الأنف فيكون صغيراً أو متوسطاً، في حين أن القم والشفين يكونان صغيرين وتكون العينان واسعتين، كما يكون الحاجبان مقوسين ومتباعدين. وهذا الشخص عرضة للصلح أما وجهه فيكون عادة لاجرد (دون شعر). قامته تكون عادة قصيرة. ويكون الجسد عامة متناسقاً من حيث حجم الصدر والبطن وكذلك من حيث طول اليدين والرجلين.



الدماغى

#### ٤- تقسيم المدرسة الإيطالية (Viola)

ينقسم الجهاز العصبي الى قسمين كبيرين هما: (١) الجهاز اللا ارادي أو النباتي ويتحكم بفرقة الاحشاء. و(٢) الجهاز العصبي الارادي أو المركزي ويتحكم في الحركات الارادية. ولقد بنى الباحث الإيطالي (Viola) نظريته بناء على هذه المسئلة الطمية. فقال بأن هيمنة الجهاز اللا ارادي تؤدي الى تضخم الجذع (Mégalosplanchnique) وسمى صاحب هذا الجسم بالنمط المربع (Bréviline).

أما إذا هيمن الجهاز الاندري فلن ذلك يؤدي الى نحول وضمور الجذع (Microsplanchnique) وذلك إضافة الى طول اليدين والرجلين (يحركهما الجهاز الارادي المهيمن في هذه الحالة) وسمى فيولا هذا النمط بالمتطاول (Longiline).

وفي حالة تعادل تأثير الجهازين نلاحظ عندها النمط العادي Normotype.

أما عن خصائص هذه الأنماط فهي التالية:

أ- للنمط المربعوع (Breviline) من حيث الشكل الخارجي نلاحظ أن هذا النمط يتميز بجذع كبير من اليدين. ووزن الجسم متوزع بشكل تقني بمعنى أن هذا النمط يسجل ميلاً للسمنة. أما البطن فهو يكون أضخم من الصدر وأكبر منه حجماً. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا الشكل فيتمثل من خلال قوة كبيرة وقسوة على التحمل. أما الصفات الجنسية فتبدأ متأخرة.

ب- النمط الممتد (Longiline) : من حيث الشكل الخارجي نلاحظ طول اليدين بالنسبة للجذع. ووزن الجسم يتوزع بشكل عمودي بمعنى أن هذا النمط يسجل ميلاً للطول وللنحول. أما القص الصدري فهو طويل وأكبر من الجذع. كما يتميز هذا النمط بالعنق النحيل والطويل. أما من حيث الانعكاس الوظيفي لهذا النمط فيتمثل من خلال الوهن والتعب بسرعة. والصفات الجنسية والفرقز المميزة لهذا النمط فهي تكون ضعيفة نسبياً وإن ابتدأ في سن متقدمة (أي في سن بلوغ مبكر). كما يتميز هذا النمط بالذكاء وخاصة فيما يتعلق بالمسائل الذهنية. أما في القضايا العملية فذكاء هذا النمط محدود.

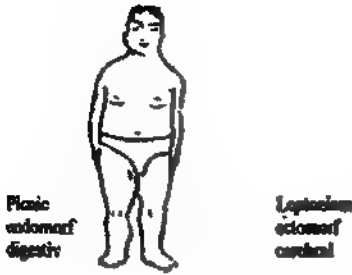
#### هـ- تقسيم المدرسة الألمانية (Kretschmer)

وفي النهاية نعرض لتقسيمات كرتشمير. الذي اعتمد هذا التقسيم على معطيات بيولوجية ووراثية فنقسم الناس إلى ثلاثة أقسام هي:

أ- النمط الرياضي: ويمتثل بعظام وعضلات متطورة مع صدر قوي، رأس كبير وتقسيم حادة وقوية.

ب- النمط الواهن: ويكون الشخص نحيل ورقيقاً، أما رأسه فيكون صغيراً. أما قصصه الصدري فيكون ضيقاً وطويلاً. كما تكون يدها طويلتين.





تأ جيداً وسميناً. أما وجهه فهو مدور  
ميل زائد نحو السمينة.

نه المدروس فاقنا تنهي هذا الفصل  
في بداية الثمانينيات طلبت إحدى  
نوا لها دراسة نسبة حول الجينز  
من جنس جنسي من الدرجة الأولى.  
المجال فكانت أنه بالإمكان الاستدلال على  
قد قسمت هذه الدراسة أشكال

٢- العادية



٦- المتحررة



٢٥ الجسولة



٤- المثيرة



٩- ملعن للكحول



٨- الكسولة



٧- القوية



١١- المنبسطة



١٠- المنقورة



وكما نلاحظ فمن خلال التسميات نستطيع تحديد الشخصية المطابقة لها. ويرى هؤلاء الباحثون ان صغر حجم المؤخرة يكون دليلاً على الحيوية، النشاط وكذلك التعرض للضغوط النفسية. أما كبر حجم المؤخرة فهو دليل على الشخصية المتحررة والقابلة للنشاط. أما المؤخرة المنبسطة فهي تعكس شخصية منقحة على العلاقات الاجتماعية ومحبة لها (Extravertit).

ولعله من المفيد التأكيد في نهاية هذا الفصل على ان الشكل الخارجي للشخص يبقى مرآة تنعكس توازنه النفسي والجسدي. فالأمراض والاضطرابات الجسدية تخلق آثارها على المظهر الخارجي حتى بعد علاجها وشفائها. فمجموع العينين يبقى بعد علاج اضطرابات الدرقية وأيضا اضطرابات المشية (انظر الفصل الخامس) تبقى بعد علاج الإصابة العصبية وقس عليه. أما على الصعيد النفسي فإن الحالة النفسية للشخص تنعكس على مظهره الخارجي من خلال تأثيرها في عضلاته. إذ تولد الانفعالات ما يسمى بالذرع العضلية (انظر الفصل الثاني).

## **الفصل الثاني**

# **نظريات الشخصية**

١- رأي المدرسة التحليلية الفرويدية.

٢- رأي ه. غ. يونغ.

٣- رأي السلوكيين الجدد.

٤- رأي الجيشتالت.

٥- الطب النفسي والشخصية.



إن تحديد الشخصية من خلال دراسة تفاصيل الوجه والجسد والمظهر الخارجي  
أجمالاً، اعتبر ولفترة قريبة نوعاً من التتجيم.

ولعل أولى الاهتمامات التي وجهت لهذا الأسلوب، في تحديد الشخصية، هي  
عدم مراعاته للتغيرات السلوكية التي يمكن أن تطرأ على الشخص في خضم حياته.  
ولكن اعتماد هذه الطريقة على المبادئ البيولوجية والوراثية وكذلك الإحصاءات  
الموسعة التي أجراها مؤيدو هذه النظرية أعطت ثمارها ودفعت الباحثين إلى الأخذ  
بها بحسن الاعتبار كعامل مساعد في دراسة الشخصية.

والعلماء لا يزالون يختلفون في تحديد الطريقة المثالية التي تستطيع أن تعطينا  
فكرة واضحة ومتكاملة عن الشخصية. فالمحللون النفسيون يرون أن الشخصية  
الأساسية للإنسان إنما تحددها عقده الطفولية ونكوصاته إلى المراحل الطفولية. في  
حين ينطلق السلوكيون من مبدأ وجود حالات عقلية مختلفة لدى الشخص. وهذه  
الحالات إنما تتأثر بالعوامل الخارجية. وهكذا يخلص السلوكيون إلى القول بأن  
العوامل الخارجية التي يتعرض لها شخص ما، هي التي تقوم بتحديد معالم  
شخصيته. وأخيراً فإن الجشثاليين نظرتهم الخاصة للأمور. فهم يعتبرون بأن  
الشخصية الحالية للإنسان إنما تتجم عن تدخل عدد من العوامل والأحداث التي  
سنذكرها في حينه.

ولذا كنا في مجال الحديث عن هذه النظريات فلنأخذ سبيلنا ونبدأ به:

### ١ - نظرية التحليل النفسي الفرويدي.

في البداية قسم فرويد الجهاز النفسي إلى ثلاثة أجزاء هي: الوعي، ما قبل  
الوعي واللاوعي. ولكنه ما لبث أن اعتمد تقسيماً آخر أقره نهائياً في العام ١٩٢٠.

ويقتضي التقسيم الجديد إعتبار الجهاز النفسي مرتكزاً على أركان ثلاثة هي: الأنا والهو والأنا الأعلى. ويشرح فرويد هذه الأركان على النحو التالي:

أ- الأنا: تمثل الشخصية الواعية. والأنا هي القطب النفاصي للشخصية فالأنا تقوم بكبح نزوات الهو ونقل من سيطرة الأنا الأعلى. وذلك بحيث تكون الأنا هي المسؤولة عن توازن الشخصية وممثلة للشخصية الواعية كما قلنا.

ب- الهو: تمثل الميول الخفية واللاوعية للشخص. وهو توجه بالخطأ سلوك الشخص وذلك مع بقائها لاواعية. وهو تحوي عامة مجموعة نزوات الشخص ورغبته الاجتماعية لللاوعية.

ج- الأنا الأعلى: وتقوم بدور مراقبة الميول البدائية لدى الشخص. وتتم هذه المراقبة انطلاقاً من المبادئ التربوية التي اعتمدها مربي الشخص في طفولته. والحقيقة أن الأنا تلعب دوراً ضابطاً على ضمير الشخص. هذا الضبط الذي تتولى الأنا مهمة تخفيفه.

وهذا التقسيم كما رأينا يأخذ بعين الاعتبار تربية الشخص وميوله اللاوعية التي يرى فرويد بأن تحديدها يتم من خلال تحديد علمين رئيسيين هما:

أ- مراحل النمو الجنسي.

ب- العقد الطفولية.

أ- مراحل النمو الجنسي.

يؤكد فرويد بأن اللسان، ومنذ فترة طفولته الأولى، حيله الوجدانية والجنسية. وهو يعتبر بأن المصبة الجنسية لا تنتفي عندما يعتمد الطفل في إشباع رغبته أعضاء غير تناسلية.

ويقسم فرويد مراحل تطور الحياة الجنسية لدى الطفل الى ثلاثة تعتمد كل منها على قطب<sup>(١)</sup>. وهذه المراحل هي:

١- المرحلة الفمية: وتمتد هذه المرحلة خلال ثلاثة او اربعة اشهر الاولى من حياة الانسان. وتتجلى هذه المرحلة بالرضاعة التي تؤمن للطفل النشوة. وهذه النشوة لا علاقة لها بشدي الأم او بكفاية الشبع التي تعقب الرضاعة. فالطفل يستطيع الحصول على هذه النشوة من خلال عضه او مصه للاشياء.

٢- المرحلة الشرجية: وتبدأ مع نهاية السنة الاولى في حياة الطفل. واللذة الشرجية للطفل تزداد بازدياد تدخل الام واصرارها على تعليم الطفل على التحكم في برازه. وهذه اللذة تتظاهر بطريقة مقعوضة: (١) لذة تأخير البراز وبالتالي رقابة الآخرين (٢) لذة التبرز في المكان المناسب. هذا التبرز الذي يشكل هدية للطفل الاولى الى أمه. (فهو يرضيها بهذا التبرز).

٣- المرحلة التناسلية او الترجسية: وتشهد هذه المرحلة (تبدأ في حوالي الثلاث سنوات) الايروسية الذاتية (الكفالية الجنسية الذاتية). ففي حوالي الثلاث سنوات قد نلاحظ لدى الطفل أولى محاولات الاستمناء (القضيب او البظر). والفتاة في هذه المرحلة تبدأ بعوي عدم ملكيتها للقضيب مما يولد لديها قلق الخصاء (Angoisse de Castration). أما لدى الولد فان الخوف من الخصاء يكون ذا علاقة مباشرة بميوله الاوديبية<sup>(٢)</sup>.

١- يقصد بالقطب هنا تلك المنطقة من الجسم التي تعقب اللذة في كل مرحلة من مراحل تطور الحياة الجنسية. بل ان التحول الجنسي يسمى كل مرحلة من هذه المراحل نوبة الى قلبها.

٢- أي انها على علاقة بالعقدة الاوديبية - فتر الفترة التالية.



وفي حالة حصول التثبيت<sup>(٢)</sup> (Fixation) على واحدة من هذه المراحل فننا نلاحظ بأن هذه المرحلة تطبع سلوك الشخص وشخصيته. فإذا ما حصل التثبيت مثلاً في المرحلة النفسية لاحظنا أن الشخص يعاني من الإحباط وقد يتحول إلى الشره<sup>(٣)</sup> (النهم) وإن نادراً. أما إذا طال التثبيت في المرحلة الشرجية فننا نرى للشخص مهوساً بالنظافة والترتيب والاعتناء بمظهره الخارجي ولعل السمة الأكثر بروزاً هي بحثه عن الكمال في كل ما يقوم به من أعمال.

وأخيراً فإذا ما طال التثبيت للمرحلة الترجسية فننا نلاحظ لدى الشخص الرغبة الجامحة في أن يكون محبوباً، غيمنة الانشغال بالذات على الاهتمام بالآخرين. وهذا التثبيت يطبع صاحبه بصفات الشخصية الترجسية (سنشرحها لاحقاً).

#### ب- العقد الطفولية.

إن العقدة النفسية هي عبارة عن مجموعة منتظمة من الميول المتحركة في سلوك الشخص وتصرفاته. والعقدة لا تكون مطلقاً متشابهة لدى شخصين لكل انسان نمطه الخاص بالتفكير وبالتالي طريقته الخاصة في الوصول إلى المملكات الفكرية القريبة والباعدة (علاقات خطيرة)<sup>(٤)</sup>.

٢- التثبيت: ونجم عن تعلق اليدي المبالغ بالخص منجن لو يومات وصور هوائية واعادة إنتاج

سلوب ما من ساليب الاتباع القروي. وهو يمد طريق القوم امام الشخص.

٤- الشره نفسي أو النهم (Boulimie) وينظر له على انه اضطراب مزاجي وليس قناع الانبال الشره على تناول الطعام.

٥- العلاقة الخطرة هي علاقة الربط غير المنطقي بين الأفكار أو بينها وبين الأحداث.

والخاصية التي يمارس فيها كل شخص عقده لم تمنع فرويد من تبيين الصفات  
للمشتركة لأصحاب العقدة ذاتها. خالقاً بذلك نوعاً من الإرثية<sup>(٦)</sup> النفسية. ويوزع  
فرويد العقد النفسية على النحو التالي:

١- عقدة أوديب.

٢- عقدة قايبل.

٣- عقدة ديان.

١- عقدة أوديب: يمكننا تلخيص عقدة أوديب على أنها نتيجة لتربط شعورين  
لدى الطفل. يتمثل الأول منهما بحب الأم (الأب إذا كانت طفلة) وعندما نتكلم عن  
عقدة الكترا). أما الثاني فيتمثل بالخضوع للأب (لأم في عقدة الكترا). وكثيراً ما  
يحصل أن يؤدي تثبت الولد على أمه إلى تفجير عدائته ضدها. والولد عندما يكره  
أباه (البنات أمها) فهو يظن أن والده يدرك هذه الكراهية. الأمر الذي قد يدفع الطفل  
إلى التثبت السلبي في أبيه. ولعل أبلغ تلخيص لمظاهر الأوديبية هو تقسيم شارل  
بودوان (Charles Baudouin) لها إلى:

١- عندما يحب الولد أمه (والبنات أباهما) فهو يميل لأن يرى في والده بمثابة  
المنافس والعكس بالعكس.

٢- حب الأم والخضوع للأب هو الأكثر انتشاراً لدى الأولاد للذكور. أما حب  
الأب والخضوع لأم فهو أكثر انتشاراً بين الفتيات (على أن الفتاة لكي تثبت حبها

٦- أي أن فرويد قد جعل عقدة أوديب عالمية حين أنظرها في طوبوغرافية الجاهل النفسي. وقد عرضه  
في ذلك علماء كثيرون ممن أظهروا وجود العقدة في بعض المجتمعات.

على أيها عليها أولاً أن تتحرر من لها. هذا التحرر الذي لا يتم بسهولة ومن هنا لقول بأن عقدة الكترا هي أصعب دراسة وتحليلاً من عقدة أوديب<sup>(٧)</sup>.

والحقيقة أن العقدة الأوديبية تلعب دوراً أساسياً في سلوك الشخص وفي تكوين شخصيته. فالروضخ الأوديبى للأب غالباً ما ينتقل إلى «بديل للأب» (الأستاذ، الرئيس، رب العمل... الخ). كما نلاحظ أحياناً حالات التمرد الأوديبى الذي قد يعقد إلى العادات، القيم، الدين... الخ التي يخرج عليها المتمرد الأوديبى.

لما اكتبت الأوديبى لحب الأم فهو يترقق مع الشعور بالذنب والشعور بالمنعوق وهذه المشاعر قد تنعكس على شخصية الأوديبى في لية علاقة حب بخوضها مستقبلاً. وأخيراً فإن التمرد الأوديبى - فترجسي، الذي رأيناه، قد يتحول إلى عدائية نحو الأم. وهذه العدائية قد تمتد وتعم على جميع النساء.

٢- عقدة القهيل<sup>(٨)</sup>: وتتلخص هذه العقدة بالغيرة التي تقوم بين الأخوة. هذه الغيرة التي تكون منبع خلافات ومعارك الأخوة الصغار. وهذه الغيرة تستمر كأنية عند البلوغ. ويعلق فرويد أهمية خاصة على طريقة استبدال هذه الغيرة بالمواطف الأخوية. ذلك أن حوثيات تطور المنافسة بين الأخوة (وتحولها لم عدم تحولها إلى مواطف أخوية) هي المتحكم بالسلوك الاجتماعي للشخص.

ويعلق العالم سوندي (Leopold Szondi) وهو أشهر تلامذة فرويد، أهمية منصوى على هذه العقدة فيرى فيها تمارس على الصعيد الاجتماعي مع القرباء (غير

- ٧- تعني الأم الشخصات الرجسية لقلبها (تكرراً كان لم أشر). وهذه الشخصات هي التي تمنع الطفل منمرارية حياته. من هنا عودة بعض المحللين للكلام على المرحلة ما قبل الأوديبية. لذلك نجد لبيت صعبة تولاه ممارستها لقد للترا. لأن هذه الممارسة تقتضي منها الانفصال عن لها.
- ٨- التسمية مشتقة من قصة كليل كليل لأبيه هليل. وقد عاد المحلل سوندي إلى هذه العقدة في بناء نظريته حول التحليل النفسي للفر. حيث يعتبر أن كلاً منا يحمل في ورائه عناصر كليلية وأخرى هليلية.

الأخوة) دون ضوابط عاطفية ودون مشاعر القنّب. ويؤكد هذا العالم في كتابه: قابول - وجوه الشر (Caïn. les figures du mal) بأن للمشاعر السلبية (بأس، حقد، غضب، حسد... الخ) تؤدي لتفجير العقدة القلبية مولدة لدى الشخص الرغبة في القتل. هذه الرغبة التي تعتبر بمنزلة تفجير العقدة القلبية حتى ولو بقيت الرغبة مجرد شعور ولم يتم تنفيذها<sup>(٩)</sup>.

٢- عقدة ديان (Diane): إن عدم قدرة الفتاة على تخطي عقدة الكترا (أوديب لدى الولد) يؤدي إلى اضطراب نضجها الجنسي ويمنح لرجسيتها هيمنة مطلقة. هذه الرجسية التي تتحول إلى رجسية ثانوية. بحيث تبحث الفتاة عن شبيهة لها تصب عليها رجسيتها. ويصعب على الفتاة في هذه الحالة التخطي عن حبها لأبيها (لأنها لم تتخط عقدة الكترا). وهذا الوضع يؤدي إلى عملية اجتياف<sup>(١٠)</sup> ذات وجهين، فمن جهة تجتاف الفتاة صورة أبيها - لتمثل دوره واضعة نفسها مكانه) ومن جهة أخرى فإن عدم تخطيها لعقدة الكترا يجعلها لا تتطور جنسياً بشكل طبيعي مما يدفعها إلى رفض جنسها.

وهكذا يؤدي هذا الاجتياف بالفتاة لأن تلعب دور الصبي وهذا ما يسمى بـ "عقدة ديان" (العكس يحدث لدى الولد). وهكذا تميل الفتاة للعب مع الصبيان ولاحقاً تختار مهنة رجولية. وهذه الفتاة إما أن تضرب عن الزواج وإما أن تزوج رجلاً تعمد إلى تجريده من رجولته سواء من طريق الاحتفاظ به دائماً قربها كقابع لها أو من خلال إحاطته بالرعاية المبالغ فيها.

٩- تتمحور الميول القلبية حول الأفكار الحسية التي تتضمن رجاءات القتل والتدمير.

١٠- اجتياف (Introjection): عملية يقوم الشخص فيها بنقل موضوعات أو صفات خاصة بهذه الموضوعات من الخارج إلى الداخل وفقاً لاطوب فرويد.

وهذه العقدة المؤدية في النهاية للشذوذ الجنسي هي أكثر انتشاراً لدى الفتيات  
 ذلك أن الشذوذ الأكثر شيوعاً غير ذي طابع صدمي وهو يخلف آثاراً نفسية وجسدية أقل من  
 تلك التي يخلفها الشذوذ الرجولي.

٤- اللهو، الأنا، والأنا العليا (شرحاً عاماً في الصفحات السابقة).

فرويد وأنماط الشخصية.

في إحدى مقالاته<sup>(١١)</sup> يقسم فرويد أنماط الشخصية إلى ستة هي التالية:

١- الشهواني ٤- الشهواني - الموسوس.

٢- الترجسي ٥- الترجسي - الموسوس

٣- الموسوس ٦- الترجسي - الشهواني.

(١) النمط الشهواني: حين يكون اليبينيو (الطاقة الجنسية) موجهاً نحو الجنس.  
 بحيث يمكننا أن نلاحظ اهتمامات هذا الشخص برغبته في أن يُحِبَّ ويُحِبَّ. وهذا  
 الشخص يعيش هاجس الخوف من فقدان محبة الآخرين له، مما يجعل من هذا  
 الاعيان متردداً، خائفاً من اتخاذ القرار، خاضعاً وتلقياً للأشخاص الذين يحبهم. ومما  
 تقدم نستنتج خضوع صاحب هذا النمط "اللهو" أي لرغباته وانزواته وقسباته  
 ورأاهما.

(٢) النمط الترجسي: يرفض الخضوع للآخرين. تسيطر "الأنا" على تصرفاته  
 بحيث لا يعانى أي صراع بين أناه وأناه الأعلى. والهائج الوحيد للترجسي هو  
 الحفاظ على أناه ولهذا فهو غير خاضع لو تابع للآخرين.

-١١ Freud. S: Veber Libidinalis Type, in international Strich. Für Psychoanalyse.

والحقيقة أن الترجسي ميولاً عدوانية متطورة يمكن أن تنفجر في حال إحساسه بأي خطر أو خسارة تهدد أناه. وهو عن طريق هذه العدائية قوي الشخصية ويحسن فرض نفسه على الآخرين كما يحسن قِيادتهم وأحياناً مساعدتهم. وكثيرة هي الحالات التي تتوجه فيها الترجسية نحو الإنجازات الفنية والثقافية والشعر منها بشكل خاص.

(٢) النمط الموسوس: ويتميز هذا النمط بسيطرة الأنا العليا. وهذا الشخص لا يخشى فقدان محبة الآخرين له (مثل الشهواني) ولكنه يخشى فقدان ضميره، أيه وأخلاقه. وهكذا فإن هذا الشخص يعاني تبعة نحو ذاته ونحو أناه التي تخوض في حالة الموسوس صراعاً عنيفاً مع الأنا.

(٤) النمط الشهواني - الموسوس: وهذا الشخص يخوض نوعين من الصراع في آن معاً. فهو يخوض صراعاً ناجماً عن تعارض أناه العليا مع أناه. وصراعاً آخر بين الهو والأنا. وهكذا نلاحظ بأن الأنا في هذه الحالة تكون معرضة لأقصى الضغوط. ومثل هذا الشخص يتميز بتبعيته للأشخاص الذين يحبهم حالياً (يلسى الذين أحبهم قبلاً) وهو شديد الوفاء لأهله (ممثلي الأنا الأعلى).

(٥) النمط الترجسي - الموسوس: ويتميز هذا الشخص بنشاطه وبقدرته على حماية أناه من تأثيره أناه الأعلى (بسبب نرجسيته). ولدى هذا الشخص ميل لاختراع الآخرين لأرائه ولما تملكه الخاصة.

ولهذا النمط متغيرات عديدة وذلك حسب هيمنة الترجسية أو الوسواس وكذلك حسب المرحلة الطفولية التي ينكس إليها. وهذا النمط بمتغيراته هو الذي نصادفه عادة لدى المبدعين في مختلف الميادين الثقافية.

٦) النمط النرجسي - الشهواني: وهذا النمط يجمع خصائص كل من النرجسي والشهواني بحيث يحد كل من السلوكين الآخر. وهذا النمط هو الأكثر انتشاراً وفيه يكون الصراع بين الهنا والأنا المرضية المتضخمة الميزة للنرجسية.

وتولى أحد تلاميذ فرويد وهو فيلهلم راوخ (Wilhelm Reich) مهمة الجمع بين اللاوعي الجسد باعتبر أن الانفعالات تولد طاقة تصيب تؤدي لزيادة نشاط العضلات وتشنجها. وفي حال استمرار هذه الزيادة فإن العضلات المتشنجة تتحول إلى دروع عضلية (Cuirasses musculaires). وجاء بعدها تلميذ راوخ يدعى ألكسندر لوفان (Alexander Löwen) قائم بتحديد خمسة أنماط للشخصية الانفعالية انطلاقاً من العلاقة التطورية بشكل الجسد. وهذه الأنماط هي التالية:

#### ١- النمط الفصامي (Schizoïde)



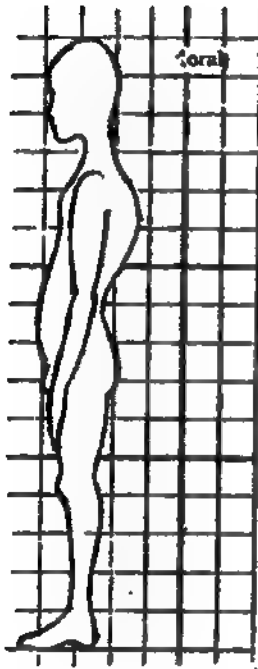
من الناحية الجسدية يتميز هذا النمط بعدم وحدة الجسد. وذلك بحيث تصانف غالباً مقلعاً جسدياً (Coupure) على مستوى الصدر وكذلك على مستوى الرقبة. مما يجعل الجسم نقلاً لقائمه خاصة أن هناك تمارضاً لافتاً للنظر بين قسمي الجسد الأعلى والأسفل.

ذا النمط فهي متصورة بحيث نلاحظ اتصاله بالعالم الخارجي (البدن)، والأعضاء الجنسية... الخ.

وهذا الانقسام الجسدي والحيوي ينعكس جلياً في شخصية صاحب هذا النمط فلاحظ لديه ميلاً للاعتزال عن حقائق العالم الخارجي ويمكن خلف تلك أنا واعية ووعي متكني للذات. ومن حيث سوابق صاحب هذا النمط فنحن

نجد بأنه شعر في طفولته بتخلي أمه عنه. هذا التخلي الذي جعله يشعر بأن بقاءه أصبح مهدداً<sup>(١٢)</sup> وهو عرضة للانهيال<sup>(١٣)</sup>.

## ٢- النمط الفمي (oral)



من الوجهة الطاقوية الجسدية لهذا النمط هي دون المتوسط. أما الجسم فهو طويل ونحيل.

أما القسم الأسفل من الجسم فيتميز بنقص واضح في طاقته (لاحظ نحول الساقين والقسم الأسفل لجمالاً).

وصاحب هذا النمط يتنفس بشكل سطحي لأن التنشيط في المرحلة الفمية يؤدي إلى تقلص غريزة المص عنده. ولهذا فهذا النمط يمتاز بزيادة عدد مرات التنفس.

وصاحب هذا النمط لديه إحساس بأنه يجب أن يُساعد كما نلاحظ لديه تقلبات مزاجية تتراوح بين للشوة والانهيال.

وإذا ما أمعنا في سوابق الشخص لرأينا أنه تعرض للطمع مبكر. كما نلاحظ بأن نموه النفسي - العضوي (الكلمة الأولى - الخطوة الأولى... الخ) تلى أبكر من

١٢- منذ الولادة تشكل الأم وسيلة اتصال الطفل بالعالم الخارجي. لذا فهو ينظر لأمه على أنها سبب بقاءه وإسعاد هذا البقاء. ومن هنا اعتقاده بجبروتها وقدرتها الفائقة. فلذا ما لمس الطفل بتخلي أمه عنه (تخلي فلمي لم لا) فله شعر أن بقاءه بات مهدداً فيصاب بما يسميه المطلون بصاحب الهجر.

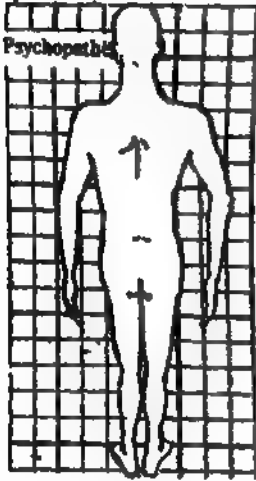
١٣- إن وضعية الهجر المشار لها أعلاه تشجع ظهور العلامات الانهيالية.



الطبيعي. لان في هذا تعريضا عن التثيت القمي. وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالامراض التنفسية.

### ٣- النمط النفسي - المرضي (Psychopathe)

يمتاز هذا النمط بخصلة رئيسية تتمثل بأنكاره للانفعالات وتجاهله لها. وذلك لحساب توظيف مبالغ فيه للثنا (الفرودية). أما الصفة الثانية التي تميز هذا النمط فهي بعثه عن السلطة والسيطرة لوضا التحكم. ويقسم هذا النمط بدوره الى نوعين:



١- المتسلط: حيث نلاحظ تركيز طاقة الجسم في القسم الأعلى منه. بحيث تكون نظراته مخدرة وعينه نصف مغمضتين وذلك كي يتمكن من رؤية الاشياء وفهمها.

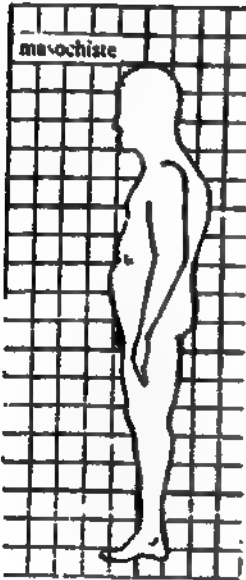
٢- اللئيم: جسده يكون أكثر تناسقا. أما ظهره فيكون نقي للمرونة. أما مناطق العينين وقاعدة الجمجمة (أعلى الرقبة) فومتازان بالقوة الشديد.

ورفض صاحب هذا النمط الاعتراف بإفعاله إنما ينبع من رفضه لاعتزافه بحاجته للمساعدة. إذ ان لعبة الـ بيسكوي (أي مضطرب الشخصية) تتلخص باعتباره بأن الناس هم الذين يحتلون اليه ويلتالي فهو يجب ألا يمتدرف بحاجته اليهم.

وخلف هذه الشخصية نلاحظ سوابق نفسية من نوع الهجر والفتنة للذين قام بهما أحد الوالدين (من الجنس المخالف لجنس صاحب النمط). وهذا النمط يكون عرضة للأصابة بالذبحة القلبية<sup>(١)</sup>.

#### ٤ - النمط الماروشي (Masochiste)

هذا النمط يخص أولئك الناس الذين يتألمون، يتشكون، يتألمون وينتحبون ولكنهم يظلون على خضوعهم لمسببات ألمهم وشكواهم.



ذلك أنه في داخل الماروشي احساس مكبوت بتفوقه وكذلك شعور عدائي. إلا أن عضلاته السبكية تصرفه عن المطالبة بحقوقه وتجعله مكثفياً بالشكوى والنواح وعضلات هذا الشخص تنخر بالطاقة ولكن ليس بالحيوية. لأن هذه الطاقة محجوزة بحيث لا يستطيع استخدامها وتقجيرها.

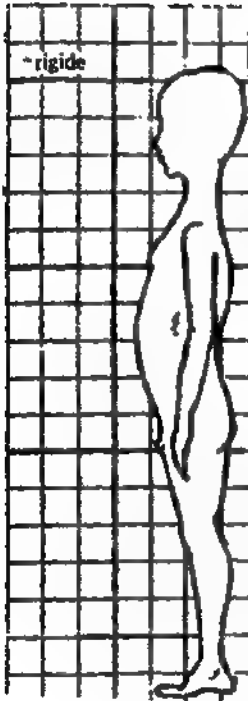
أما بالنسبة للسوابق النفسية لهذا الشخص فإننا نلاحظ سيطرة الأم وتضعيتها. في حين يكون الأب سلبياً وخاضعاً. بحيث يتركز اهتمام الطفل على لرضاء أمه (راجع الأم الأنثوية في كتابنا نكاه الجنين) وذلك من خلال تغذيه بشكل جيد وكذلك نظافته (التيبرز في المكان المخصص) ومعنى آخر فإن اهتمام الطفل يتركز على لرضاء أمه تلافاً لتقجيرها لأنثويتها.

١٤ - نتخير خصائص النمط الفائق كريمة من ناحية التطاهر السلوكي، من علام النمط السلوكي (أ) الذي يشجع على ظهور الأساليب والأمراض الإشعاعية - انظر رأي السلوكيين الجدد في هذا الفصل.

وهذا النمط يكون عرضة للاصابة بالاضطرابات النفسية والعسكري بوجه خاص وايضا بالقرحة<sup>(١٥)</sup>.

#### ٥- النمط الصلصم (Rigide)

يميل صاحب هذا النمط الى الوقوف مستقيماً ومتصلباً بغیر (فهو لا يحن رأسه لا في الواقع ولا أمام التحدت). وهو يخاف التحول من تصلبه خوفاً من وقوعه في المصنوع والاستسلام. ولدى هذا الشخص مخزوناً قوياً من الطاقة، هذا المخزون الذي يتيح له التعامل بواقعية مع العالم الخارجي (الآخرين، الأزمات... الخ) وبهذا فإن لنا هذا الشخص نمو بشكل صحي وجيد. وهو يربط الحب بالجنس بما ينسجم مع واقعية نظركه للعالم الخارجي.



والحقيقة ان تولد الأنا لدى هذا الشخص يحتم عليه الاعتماد عليها بشكل دائم. وهو لذا ما رغب بالصمیمية فهو يسلك الى ذلك طرقاً غير مباشرة. وهو يشعر بجرح في كبريائه اذا ما تعرض للرفض الجنسي. أما من حيث المواقف النفسية لهذا الشخص فنحن غالباً ما نلاحظ تعرضه لتجربة الاحباط الجنسي. وهو بدوره عرضة للنهضة القلبية.

١٥ - للتدل في هذا الموضوع انظر: محمد احمد القاسبي: الأمراض النفسية وعلاجهاء، منشورات مدن (١٩٨٧) حيث يشرح المواقف هذه الحالات ويعرض النمط السلوكي لمرضى الأمراض التالية: نهضة القلب والقرحة والعسكري والأمراض النفسية والجسدية.

## ٢- رأي كارل غوستاف يونغ (C.G. Jung)

ينتمي يونغ إلى مدرسة التحليل النفسي ولكن له أراءه الخاصة المخالفة لفرويد. ومن حيث تقسيم الشخصية إلى أنماط فإن يونغ يرى أنه بالإمكان اختصار عوامل الشخصية. ويرى في هذا الاختصار تقليدا من احتمالات الخطأ. وهكذا وضع يونغ تعريفا للشخصية انطلاقا من أحد أبعادها وهو التفاعل الاجتماعي. فهذا التفاعل في رأي يونغ هو المحرك الرئيسي المتحكم في سلوك الشخص. وبناء على هذه النظرة ينقسم يونغ للشخصية إلى:

١- المنفتح اجتماعيا أو (Extrovertit): وهذا الشخص يدخل الحياة الاجتماعية ويقبل على الاختلاط بالناس.

٢- المنغلق اجتماعيا (Introvertit) وهو الهروب من الحياة الاجتماعية. والذي يفضل أن يعيش معاقلة ذاتيا.

ولما بدت تمت إضافة نمط ثالث إلى هذين النمطين وهو بمثابة نمط وسيط لهذين النمطين. بحيث أن صاحب هذا النمط يكون مقروبا بين الانسحاب والانفتاح الاجتماعيين.

والواقع أن سهولة هذا التقسيم كانت عاملا مهما في انتشاره واستعماله من قبل غالبية الباحثين. إلا أننا نلاحظ في حال تمسقا في بحث ودراسة لشخصية، للصور الواضح لهذا التقسيم.

## ٣- رأي السلوكيين الجدد:

يرفض هؤلاء أن يحددوا أنماطا شخصية. فهم يرون بأن الشخصية هي عرضة لتغيرات دائمة بسبب الأحداث والتجارب التي تمر فيها هذه الشخصية. وانطلاقا من هذا الرأي فإن هؤلاء لا يحددون نمطا شخصيا بل يحددون نمطا سلوكيا. والنمط السلوكي هو كناية عن نهج سلوكي معين. تكفح إلى اتباعه مجموعة من الأحداث

والتجارب والعوامل النفسية. بحيث أننا لو عرضنا مجموعة من الأشخاص (مختلفي الشخصيات) لهذه الظروف أولينا أنهم يقومون باتباع هذا النمط وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى.

ولقد استطاع العالم روزمان (أثناء بحثه عن التصرفات وعن أنماط الشخصية المشبعة للأصالة بالنزعة القلبية) أن يعرف نمطين سلوكيين هما اليوم أشهر الأنماط السلوكية وأكثرها استعمالاً في مجال الميكروسوماتيك<sup>(١٦)</sup>.

#### أ- النمط السلوكي (أ) ويرمز له بـ S.C.T.A

وهذا النمط هو عبارة عن علاقة بين الفعل والانفعال. هذه العلاقة التي نلاحظها لدى بعض الأشخاص الذين يخوضون صراعاً دائماً بهدف الحصول، وبأقل وقت ممكن، على عدد معين من الأشياء والأهداف. وهذا النمط يختلف تماماً عن حالات القلق العادية حيث يطلب القلق التمتع حتى في الأمور البسيطة، في حين أن متبع النمط (أ) قد يظهر الوداعة أمام المراقبين التي تعرض له لكنه لا يتراجع أمامها.

وفي سبيل فهم أوضح النمط السلوكي (أ) أننا نقوم فيما يلي بعرض صفاته وهذه الصفات هي:

- ١- منظم، مرتب، يتعامل ويتفاعل مع محيطه بشكل جيد.
- ٢- متحكم في ذاته، واثق منها ومن قدراته، وهو مستعد لأن يعمل وحيداً إذا اقتضت تلك الظروف. لأنه لا يتراجع عن أهدافه.
- ٣- عدائي بمارس عدائيته في مختلف المجالات. وتتلوح عدائيته بين الحادة والمريضة. ولحد مظاهر عدائيته يتجلى في رغبته الشديدة بالمنافسة.

١٦ - نتبع في هذا الموضوع نظرية محمد أحمد الفيلسفي: أمراض القلب النفسية، منشورات الرسالة -

٤- صاحب طموح، متعدد الأهداف. لو غير محدود الأهداف. مما يجتهد دائماً متشجناً لا يقوى على الاسترخاء. فهو إذا ما حقق هدفاً ما، لا يترك نفسه فرصة للراحة، وإنما تراه يخلق هدفاً جديداً ويبدأ من جديد بالركض نحوه.

٥- يدرك مفهوم الوقت ويعي مروره لذلك فهو لا يريد مروره دون أن يحقق شيئاً ولذلك نراه دائماً نالذ الصبر وعديمه ومستعجلاً من أجل تحقيق أهدافه.

٦- يظهر القوادة أمام المراقبين التي تعترض طموحه. ولكنه لا يتراجع أمامها.

٧- يرفض الهزيمة ولا يعترف بها ويقوم بمحاولة جديدة.

٨- يهمل تجهه ويقلل من شأن آلامه. ويرفض فكرة إصابته بالمرض. ولذا ما حذرته سخر منه في أصقاله.

٩- إن اعتماده الزائد على نفسه بالإضافة إلى عدائيته، يجعله مهالاً للسيطرة وخاصة إذا كان من شأن هذه السيطرة أن تساعد على التخلص من العقبات التي تواجهه أثناء عمله لتحقيق أهدافه.

ب- النمط السلوكي (ب): وهو على عكس الأول.

#### ٤- نظرية الجيشتالت (Gestalt)

يرى متبعو هذه النظرية بأن الجهاز النفسي للشخص يملك عدداً من عوامل الدفاع ووسائله. والشخص يستعمل هذه الوسائل لدى إحساسه بوجود عوامل الضغط النفسي التي تمارس تأثيرها عليه بحيث تهدد توازنه النفسي. والحقيقة أن لكل شخص ميلاً خاصاً لاستعمال عامل دفاع معين دون غيره. وهذا الميل ينبع من أسباب عديدة كالتربية، البيئة، الوراثة والقدرات الشخصية. وفي النتيجة نستطيع

للقول بامكانية تقسيم الشخصية وفقا لاسلوب او عامل الدفاع الذي تستعمله في درء القلق والاضطراب النفسي عنها.

وعوامل الدفاع التي يحددها الجيشتالتيون هي التالية:

١- التحام (confluence): ويتجلى هذا العامل الدفاعي من خلال محاولة التلاقي والاتفاق مع كل نفس. وذلك رغبة من الشخص في عدم التعرض لمواقف المجابهة سواء مع الآخرين او مع مشكلته.

والاستعمال المبالغ فيه لهذا العامل الدفاعي يفضي على الشخصية صفة الضعوع والاستسلام والضعف.

٢- للهروب والانحراف عن المشكلة (Déflexion): وآلية هذا الدفاع تكمن في الهرب من مواجهة المشاكل. والحديث عن أي شيء الا عن حل هذه المشاكل. والاعتماد على هذا العامل الدفاعي، بشكل مبالغ فيه، يفضي على الشخصية صفة الهروبية وقلة الثقة بالنفس. وهؤلاء يتحولون بسهولة إلى مذمنين (تبخين، كحول... الخ).

٣- عكس للمشاكل نحو الداخل (Rétroflexion): وآلية هذا الدفاع تتلخص في تحويل طاقات الشخص الدفاعية نحو ذاته (وهذا ما يسميه المطلقون بتكمير الذات). فهو عوضا عن التصدي لحل مشكلته الله يقوم بثورة على ذاته. وهذا مثال معادل لما يسميه روزنمان بالتمط السلوكي (أ). وآلية الدفاع هذه تنفع إلى الإصابات بالامراض النفسية - الجسدية على اختلاف أنواعها (ذبحة صدرية، ربو، سل، حكاك عصبي... الخ).

والحقيقة أن الاعتماد على هذه الآلية الدفاعية بشكل أساسي يجعل من الشخص تعسفا ذاتيا لا يرضيه الواقع ولا يقنعه.

٤- الاستدخال (Interiorisation): وتتمثل آلية الدفاع هذه ببعض العناصر النفسية غير المهضومة من قبل الشخصية (لا تتسجم معها) والمترسبة من خلال التربية أو الدين أو... الخ (الأنا الأعلى كما يسميها التحليل النفسي). وهذه العناصر تمارس تأثيراً هاماً في الشخصية سواء من ناحية المواقف أو من ناحية التصرفات. والإعتماد الزائد على هذه الآلية الدفاعية يضي على الشخصية طابع الاستسلام للقضاء والقدر وكذلك فهو يضي طابع الولى على هذه الشخصية.

٥- الإسقاط (Projection): والإسقاط هنا له نفس معناه في التحليل النفسي. ففي كلتا الحالتين يعني الإسقاط أن يقوم الشخص بإضفاء أحاسيسه، مواقفه وطباعه النفسية على الآخرين. ومثل هذا الشخص ينتظر أن يأتبه الآخرون بالمثل لمشاكله. فإذا لم يحصل ذلك فإن هذا الشخص يقوم بإضفاء كافة صفاته الحسنة على الآخرين بحيث يفقد حتى الحد الأدنى من الثقة بالنفس. مما يدفع بهذا الشخص نحو الانهيار وأحياناً إلى الانتحار. وتتميز هذه الشخصية صفة عدم الاستقرار النفسي.

مما تقدم نلاحظ بأن همنة أي من العوامل الدفاعية تؤدي إلى اضطراب الشخصية أو على الأقل اضطراب السلوك. والحقيقة أن الواقع العملي يثبتنا بأن الإنسان يستعمل عدداً من هذه الآليات الدفاعية دفعة واحدة. كما تبين لنا التجربة بأن الشخص نفسه يستعمل آلية دفاع معينة في المشاكل البسيطة ولكنه في المشاكل الصعبة يستعمل آليات دفاع أخرى.

وعلى أية حال فإن عملية حسابية بسيطة تخبرنا بأن هذه الآليات الخمس تستطيع أن تولف ٢٠٦ أنماط سلوكية<sup>(١٧)</sup> وفي النهاية لا بد لنا من الإشارة إلى أن العلاج الجيشتالتي لا يزال يخطو خطواته الأولى. وبهذا فهو قابل للتطوير وخاصة

١٧ - النمط السلوكي (Schema comportamental) هو أسلوب تصرف في مواجهة المشاكل الحياتية التي تعرض للشخص. وهو ليس نمطاً من أنماط الشخصية. إذ يمكن للشخص ذوي الأنماط مختلفة للشخصية أن يتبنوا ولن يتبنوا نمطاً سلوكياً واحداً.



بعد ما تخطى القلقون عليه عن معاناتهم التحليل النفسي. ويقتوا يعملون من منطلق  
أن أحد هذين الملاجين يتم الآخر<sup>(٢٨)</sup>.

### ٥- الطب النفسي والشخصية:

تشارك العوامل المكونة للشخصية (ذاكرة، انتباه، تفاعل، تعاطف، فكر... الخ) في تحديد سلوك الشخص. هذا السلوك الذي يؤكد الطب النفسي على فصله عن الشخصية. ذلك أن للشخصية لولادة عدة أوجه من السلوك. وكما رأينا لدى تعريفنا للنمط السلوكي. فانه يتغير بتغير الوضع النفسي للشخص. والسلوك في رأي الطب النفسي هو عبارة عن مجموعة من التصرفات التي يقوم بها الفرد في محاولة للتكيف مع الضغوطات الخارجية التي يتعرض لها. فإذا ما زالت هذه الظروف أو إذا ما ازدادت حدتها فإن الشخص يغير سلوكه (طبعاً دون أن تتغير شخصيته أو بنيته النفسية).

وبخلاصة القول أن الطب النفسي يعتبر أن الملاكات العقلية هي العوامل المكونة للشخصية. ومنخصص الفصل التالي لعرض هذه العوامل.

والطب النفسي كما هو معروف يختص بدراسة اضطرابات السلوك والشخصية لدى المرضى النفسيين. إذ أن هذه الاضطرابات هي أولى مظاهر المرض النفسي. ونوعية الاضطراب السلوكي، لدى مريض ما، هي التي توجه الطبيب النفسي في وضعه لتشخيص الحالة. وذلك بمساعدة عدد من العلامات الحيوية (الإيماءات، الحركات وطريقة ومحتوى الكلام... الخ) وعدد من القحوصات (تخطيط دماغ، فحص لعين، الاختبارات النفسية... الخ). وعليه فإن الطب النفسي يحدد نوعين من اضطرابات الشخصية.

١٨ - هذا ما يؤكد الباحث ليريدريك براز (F. Perls) الذي تكلم بالنظرية الجشائية من الميدان النظري في الميدان العلاجي. لتتفق نظر كاتب براز: F. Ma Gesthaltherapie Perls.

## ١- الاضطرابات النفسية الدنيا.

## ٢- الاضطرابات النفسية العظمى.

١- الاضطرابات النفسية الدنيا: يتميز هذا المريض بالاحتفاظ بقدرته على التحليل المنطقي في الأمور المتعلقة بشخصه وعلاقاته الاجتماعية. وهذا النوع من الاضطرابات يضم: (١) الهستيريا (٢) الخوف من الوقوع في المرض (المراق) (٣) صعوبات التكيف مع المحيط (٤) صعوبة التلاوم مع متطلبات الحياة (نقص القدرة على التجريد وانخفاض القدرة على الاستنتاج).

٢- الاضطرابات النفسية العظمى: ويمثل هذا المريض بفقدان القدرة على التحليل المنطقي فيما يتعلق بشخصه أو بعلاقاته الاجتماعية. ومثل هذه الاضطرابات تصادف في الأمراض التالية: (١) القصور العقلي (Oligophrénie)، (٢) فُصام الشخصية، (٣) الهلوسة، (٤) ذهان الهلوسة الانهيارى، (٥) الكلبة، (٦) للذهان المتأني من أسباب خارجية- داخلية، (٧) الخرف... و(٨) الذمائل على أنواعها.

على أن نعرفنا إلى رأي الطب النفسي في الشخصية يقتضي التعرف إلى النقاط التالية:

### ١- تعريف الشخصية الطبيعية (من وجهة نظر الطب النفسي).

### ٢- نظريات نمو الشخصية.

### ٣- اضطرابات نمو الشخصية.

### ٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية.

### ٥- تصنيف اضطرابات الشخصية.

## ١- تعريف الشخصية الطبيعية:

ينظر الطب النفسي إلى الشخصية على أنها ذلك التنظيم الديناميكي المستقر لمختلف عوامل الشخصية. مثل العوامل الانفعالية والذهنية والتعبيرية والبيولوجية والشكائية والتاريخية الحيوية والوراثية وأخيراً العوامل الذوقية، ومن الطبيعي أن تختلف هذه العوامل من شخص لآخر تماماً كما تختلف بصمات أصابعهم. من هذا الاختلاف ينشأ تنظيم الشخصية الديناميكي الخاص بكل شخص على حدة. مما يتيح لكل شخصية اثبات تمايزها وذاتيتها اللذين يفرقها عن باقي الشخصيات. وذلك سواء من حيث طريقة التفكير والكلام أو من حيث التصرف والسلوك أو من حيث الحب والألم أو أخيراً من حيث تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين ومستوى تواصلها الاجتماعي.

ولكل شخصية خطوطها ومعالمها الرئيسية التي تحدد مدى التوازن الداخلي لأصحابها. وهذه المعالم هي التي تحدد خصائص الشخصية ونقاط ضغطها وقوتها وإيضاً مدى مرونتها وقدرتها على التكيف. وهذا يجب التذكير أن هذه المعالم هي من الكثرة بحيث يصعب تحديدها والاطلاع عليها كافة. إذ يمكننا القول أن الكرم والبخل، الكمال والإهمال، اللامبالاة والانتفاع... الخ. كلها صفات لا يمكننا اعتبارها مرضية ما لم نؤد إلى اضطراب في تنظيم الشخصية يؤدي بدوره إلى خلل تفاعل هذه الشخصية مع الآخرين وخلق في مرونة الشخص وإمكانيات تكيفه وأخيراً إلى خلل في تقبل الشخص لذاته وحفاظه على توازنه الداخلي.

من خلال هذا العرض نستطيع أن نتفهم استحالة الوصول إلى رسم معالم الشخصية الطبيعية الصالحة للاستخدام كمعيار لتقييم الشخصيات المرضية. وبناء عليه علينا أن نعلم بأن القول بمرض شخصية ما هو قول يستند إلى إقامة هذه

للشخصية لعلاقات وروابط تفاعلية- عاطفية من شأنها أن تسبب بإحداث الألم للمعوي، وربما للمادي، الشخص و/أو لمحيطة.

ولهذا التعريف أهميته القصوى التي توجب التقيد به. فمن خلال تعرفنا على خصائص الشخصية المرضية، من خلال هذا الفصل، فإننا سنلاحظ أن في شخصياتنا بعضاً من هذه الخصائص ليست كافية لاتهم الشخصية بالمرض ما دامت قادرة على تجنب إحداث الألم للمعوي أو للمادي لنفسها أو لمحيطةا. ومن الأهمية بمكان أن نعرف بأن الخصائص نفسها يمكنها أن تكون مرضية في أوضاع معينة وصحية في أوضاع أخرى. فالجراح الذي يجري جراحات دقيقة عليه أن يكون كامل الدقة وباحثاً عن الكمال ومدققاً بكل ما حوله. وكلما زادت دقته ورغبته في الكمال كان نجاحه أكبر وذلك دون أن يحق لأحد اعتباره صاحب شخصية ومواسية مع أنه يملك علامتها.

وفي نهاية حديثنا عن الشخصية الطبيعية لا بد لنا من الإشارة إلى الأوضاع الخاصة حيث يؤدي اتصال شخصيتين مرضيتين إلى نشوء علاقة ثقافية من شأنها تسهيل تكيف كلتا الشخصيتين كأن يتصل صاحب الميول المازوشية بأخر لديه ميول سادية.

وفي العيادة النفسية كثيراً ما نلاحظ تلجر الأزمات والمظاهر العصابية لدى زوجين يملكان ميولاً نفسية غير قابلة للتعايش ولكن دون أن يكونا من مضطربي الشخصية. أزواج ميول ومواسية مع ميول رهابية أو ميول عظامية مع ميول هيبستيرية... الخ هو زواج من شأنه أن يغذي هذه الميول وينفعها للتبدي بشكل عصابي.

ولعل العالم سوندي<sup>(١٩)</sup> هو أفضل من درس هذه المواضيع، من خلال اختبار<sup>(٢٠)</sup> إذ قام بتمييز الفئات التالية للميول.

المحور	العامل	الميول المرضي
S: Sexuel ج: الجنس	H ش	١- لسانا Homosexuel
	S س	٢- السدي Sadique
P: Paroxitique ع: عشوائي	E من	٣- الصرعي Epileptique
	Hy هـ	٤- الهوسيري Hysterique
ف: فصامي	K خ	٥- القشبي Catatonique
Sch: chizophrénique	P عظ	٦- العظامي Paranoide
C: Cyclothymique د: دوري	D ا	٧- الانهيارى Depressiv
	M هو	٨- الهوسي Maniac

## ٢- نظريات نمو الشخصية:

تختلف آراء العلماء حول موضوع نمو الشخصية ومراحل هذا النمو. وذلك باختلاف المدارس والمنطقات النظرية لهؤلاء العلماء، وفيما يلي عرض لأهم الآراء، في هذا المجال.

١٩ - مقابلة مع سوندي في مجلة الثقافة النفسية، العدد ٤، المجلد ١، ١٩٩٠

٢٠ - أسقاط الشخصية في اختبار سوندي - سلسلة الاختبارات النفسية - منشورات مدن

### (أ) المدرسة الإدراكية<sup>(٢١)</sup>

ترتكز هذه المدرسة على مبدأ دراسة النمو الإدراكي للشخص. وتحديداً فإنها تركز على دراستها للوظائف الإدراكية المؤدية إلى الوعي والمعرفة والقدرات الذهنية على وجه العموم.

من طرفه يطرح بياجيه، مؤسس هذه المدرسة، الرأي القائل بأن الذكاء هو بمنزلة وظيفة تساعد الجسم على التكيف مع المحيط الذي يحش فيه. شأن الذكاء في ذلك شأن سائر الوظائف الحيوية. ويؤكد هذا العالم أن اتصال الشخص بمحيطه هو اتصال خاضع لعمليتين ذهنتين أساسيتين هما:

#### ١- الملاحة Accomodation

وهي انعكاس للتكيف الداخلي تبعاً للظروف الخارجية (المحيط). وفي هذا المجال فإن تجارب الشخص وتنوعها يجعله مالكا لأسلوبه الخاص في التكيف. هذا الأسلوب الذي يمايز بين الشخصيات ويفرق بينها.

#### ٢- الاستيعاب Assimilation

وهو امكانية الشخص وقدرته على تفهم الحقائق الخارجية بمختلف وجوهها وهذا الفهم إنما يتم اعتماداً على أفعال فهم سابقة ومشابهة للحقائق الخارجية. ومن طريق الاستيعاب يستطيع الشخص تعميق تجربته وتطوير قدرته على التكيف وعلى فهم الحقائق. هذا ويؤكد بياجيه على التلازم المستمر بين الأعمال الحركية والأفعال الذهنية (الأفكار). فهو يعتبر أن الارتكاسات هي أفعال بدقية وأن الأعمال الحركية

٢١- شهدت هذه النظرية تطورات وتحولات كثيرة. انظر كتاب ذكاء الطفل المدرسي - سلسلة علم عمر

الطفل د. محمد أحمد التليسي، دار النهضة العربية ١٩٨٨

تسمح بإحداث تغييرات في المحيط. أما الأفعال الذهنية فتتميز بكونها مستندة وقليلة للتغيير. وهكذا يُقسم بياجيه نمو الشخصية إلى مرحلتين هي التالية:

١- المرحلة الحسية - الحركية.

٢- مرحلة ما قبل الفعل.

٣- مرحلة الفعل.

٤- المرحلة العملياتية.

(ب) نظريات التعلم:

وتتبع هذه النظريات من علم النفس التطبيقي والسلوكي. وهي تدرس علاقة الشخص بمحيطه من خلال تحليلها لآليات التعلم. التي تعتمد أساساً على قدرة الشخص على التلازم والتكيف. ولقد حدد بقلوف ما يسمى بالتلازم الاستجابة كما حدد سكينر التلازم المعلي من طريق التعزيز والتكرار.

إلى هذه الأسس تستند بعض نظريات الشخصية التي تعتبر العادة بمنزلة العنصر الأساسي للشخصية. وفي رأيها أن العادة هي الرابط الحقيقي بين الإثارة وردة الفعل عليها. وهكذا فإن الشخصية في نظر هؤلاء هي عبارة عن مجموعة كبيرة من العادات المكتسبة أثناء نمو الشخصية. وهذه العادات ما هي إلا حصيلة لآليات التعلم المعتمدة على العمليات الأولية والعمليات الثانوية. ولا تهمل هذه النظريات تأثير فترة الطفولة والعوامل الاجتماعية - الثقافية في تكوين الشخصية.

(ج) المدرسة التحليلية:

اعتمد فرويد على المظاهر المزاجية - العاطفية الشخصية وبنى نظريته على أساسها.

(راجع رأي المدرسة التحليلية في هذا الفصل).

### ٣- اضطرابات نمو الشخصية:

يختلف تصنيف هذه الاضطرابات باختلاف المدارس. لذلك فإننا نورد من الوجهة العيادية التجريبية حيث نلاحظ:

(أ) الاضطرابات العابرة أثناء تطور الشخصية: وهي اضطرابات تنعكس في سلوك الشخص وتصرفاته، وهي تعود إلى سوء تنظيم الجهاز النفسي في مرحلة ما قبل الـ ١٨ عاماً. وتشخص هذه الاضطرابات بالسلوكية. وهي تنهدى في فترات متقطعة ويمكننا تشخيصها من خلال استعراضنا لتاريخ طفولة المريض ومراقبته. حيث نجد في هذا التاريخ مسببات الاضطرابات التي أعادت تطور الشخصية بشكل جزئي.

(ب) اضطرابات طريقة تنظيم الشخصية (الشخصية المرضية): وتنوع هذه الاضطرابات تنوعاً كبيراً لتتضمن طائفة كبيرة من اضطرابات نمو الشخصية. وتحديداً للشخصيات المرضية (البسيكوباتية). هذه الشخصيات التي تعاني اضطرابات كمية أو نوعية على الصعيد المزاجي - الماظفي أو على الصعيد الغريزي. وتترسخ هذه الاضطرابات خلال فترة المراهقة وتستمر طيلة الحياة. وتتميز للشخصية المرضية (البسيكوباتية) بـ:

- عدم قدرة الشخص على التحكم بنزواته ويمزاجه الماظفي.

- عدم اعترافه وعدم وعيه لأعطال بنيته الشخصية - النفسية - المرضية.

- عدم القدرة على التكيف مع محيطه الاجتماعي.

وسنخصص الفترات اللاحقة لعرض الجداول العيادية لمختلف أنواع الشخصيات المرضية.

(ج) اضطرابات الشخصية والحوادث الدماغية: وهي الاضطرابات الناجمة عن إصابات دماغية. سواء كانت مباشرة (رضوض، حوادث، عمليات جراحية -



دماغية... الخ) لم كانت نتيجة لظهور أمراض معينة مثل الصرع والأورام الدماغية... الخ.

ومن الممكن أن تحدث الإصابة الدماغية قبل اكتمال نمو الشخصية. وفي هذه الحالة فإنها تعيق تطور الشخصية وتحدد. أما إذا أتت الإصابة بعد اكتمال نضج الشخصية فإنها، في هذه الحالة، تتسبب بالنكوص والتراجع العقليين اللذين قد يصلان إلى حدود الزمان (نظر لاحقاً لآثارها الناتجة عن الرضوض والإصابات الدماغية).

#### ٤- الشخصية المرضية والاضطرابات العقلية:

إن مظاهر القلق والعدائية والشدة النفسية واضطرابات النوم ومراحل الإحالة النفسية هي جميعاً مظاهر ممكنة الملاحظة لدى الشخص الطبيعي. فالشخصية الطبيعية لا بد لها أن تمر بأزمات ومآزق نفسية من شأنها توليد مثل هذه المظاهر. فالصراعات لا تؤدي إلى اضطراب الشخصية وإنما يؤدي إلى هذا الاضطراب حيز الشخصية عن مواجهة هذه الصراعات. ومعنى آخر فإن الشخصية الطبيعية ليست تلك المحافظة على توازنها ولكنها تلك القادرة على مجابهة اختلال التوازن والتصدي له بحيث تعيد توازنها إلى حالته العادية. وهكذا فإن الشخصية لا تكون طبيعية ما لم تتعرض لجميع التجارب وتخرج من هذا المحيط متناسقة ومتوازنة. وهنا نذكر بقول Canguilhem<sup>(١٣٦)</sup>: "إن تكون بصحة جيدة يعني أن تستطيع أن تمرض وأن تبرا من المرض".

وفي المعنى نفسه يقول Mac Dougall<sup>(٢٣)</sup> "يجب الحذر من التلويح في  
امر الطبيعية المرضية"<sup>(٢٤)</sup>

وبهذا يتأكد لنا، مرة أخرى، عدم وجود الحدود الفاصلة بين شخصية طبيعية  
وشخصية مرضية. بل إن التمازج بين الطبيعي والمرضي يصل إلى حدود  
تستعصي على فهم علماء النفس وذلك في حالات المبدعين الذين يشكون من  
اضطراب شخصيتهم. وفي تأكيد لغالب هذه الحدود يقول فرويد "إن طبيعة  
الشخصية هي من الأمور النسبية".

بناء على ما تقدم كان من الطبيعي أن يعجز الباحثون عن التحديد الواضح  
للعلاقة المفترضة بين الشخصية المرضية من جهة والاضطراب العقلي من جهة  
أخرى. ومن أهم المدارس الدارسة لهذه العلاقة نذكر التالية:

#### ١- مدرسة أثناط كرتشمير:

يعتمد كرتشمير في تقسيمه للأثناط إلى معطيات بيولوجية ووراثية. وهو يقترح  
تقسيماً يضم ثلاثة أثناط هي:

١- الأثناط الرياضي.

٢- الأثناط الواهن.

٣- الأثناط المربع (انظر المصور).

٢٣ - Mac Dougall, J: Plaidoyer pour une certaine anormalité Gallimard, ١٩٧٨

٢٤ - مثال ذلك أنه من الطبيعي أن يخاف علماً تكون لهذا الخوف دواع حقيّة. ولكن هذا الطبيعي يتحول  
إلى مرضي علماً تستمر بغرافا في غلب الدواعي الحقيقية لهذا الخوف.

هذا ويؤكد العديد من الباحثين على كون "النمط المربوع" الأكثر عرضة للاضطرابات المزاجية. في حين أن "النمط المتطول" هو الأكثر عرضة للذهانات الفصامية. وكما هو ملاحظ فإن هذه المدرسة تنطلق من اعتبار مفاده أن المرض العقلي هو نتاج اضطراب بيولوجي ينعكس على الشكل الخارجي للمريض وعلى شخصيته. ومدرسة كرونشر ليست الوحيدة التي تعتمد هذه الفرضية التي لم يمكن إثباتها حتى اليوم.

## ٢- المدرسة الأميركية:

إن الجمعية الأميركية للطب النفسي تولي عناية كبيرة لموضوع اضطراب الشخصية. وقد بلغت هذه العناية حداً جعل من اضطراب الشخصية محورا من معالور التشخيص الخمسة التي تعتمد عليها الجمعية.

ومن مظاهر هذه العناية أيضا قيام المدرسة الأميركية بتعديل تصنيفها كي يستوعب أصنافا جديدة لاضطرابات الشخصية، يعتبرها المؤلفون الأميركيون بمنزلة توطئة لظهور المرض العقلي. وعلى هذا الأساس ادخل الأميركيون "اضطراب الشخصية من النمط الفصامي" (انظر الفترات التالية).

## ٣- المدرسة التحليلية:

كما سبق الإشارة فإن هذه المدرسة لم تتوصل إلى تصنيف اضطرابات الشخصية. إلا أن المحللين يتكلمون عن الشخصية الذهانية ويعرفونها على النحو التالي: "إن الشخصية الذهانية هي تلك الشخصية التي تهيمن عليها (بطريقة قهرية وقاسية) الإسقاطات والتمايلات الإسقاطية ورفض وعي الواقع". أما الشخصيات العصابية فيقسمها التحليل إلى مصابة بأعصاب تقليدية (على علاقة بالنقد الطفولية ومصابة بأعصاب راعنة.

## ٥- تصنيف اضطرابات الشخصية:

في التعددية الهائلة، تصنيفات اضطرابات الشخصية، تمنحنا من عرض هذا التصنيف بطريقة شاملة. لذلك فإننا نلجأ إلى عرض هذا التصنيف على طريقتين الخاصة. وذلك استناداً إلى تجربتنا ومراعاة لعدد من المستجدات في الميدان. ولكن اختارنا هذا لا يعني مطلقاً التزامنا بموقف أو تجربتنا على أمثال بقية التصنيفات الواردة عند بقية المدروس. وهكذا فإن عدم عرضنا لأنماط معينة لا يعني إهمالها ونبدأ عرضنا بـ:

### ١- الشخصية العظامية (ذات العلام الباراقودية):

في رأي العالم Porot يتميز هذا الاضطراب من خلال الكبرياء المبالغ فيها وعدم الثقة بالآخرين وعدم القدرة على تفهم دوافعهم النفسية. وكذلك فإنه يتميز بالتساوة النفسية المتظاهرة من خلال الإصرار (الذي لا يمكن تحديه) على لفتتاعته الخاصة (المبنية على أساس مرضي). في ذلك يضاهي نزق غير مبرر، ولانعدام المرونة في مواقف حياتية كثيرة. وذلك حتى في حال تقديم جميع الأدلة على عدم منطقية الأفكار المتسببة بهذا النزق.

#### عناصر التشخيص:

١- كبرياء مبالغ فيها (مبالغة في تقدير الذات).

٢- انعدام الثقة بالآخرين.

٣- التساوة النفسية.

٤- التلويح غير الموضوعي.

٥- فقدان القدرة على التحكم بالمواقف المزاجية.

## ٢- الشخصية المضطربة مزاجيا (Affective)

تمتاز هذه الشخصية بمواقف مزاجية غير متناسبة مع الواقع. ويمكن لهذه المواقف أن تميل نحو الانهيار والكآبة أو نحو الحبور أو هي تتراوح بين الاثنين.

عناصر تشخيص المزاج الانهيازي:

١- مزاج أساسي ميال نحو الانهيار.

٢- العزلة الاجتماعية.

٣- القلق مع العواطف القسوة.

٤- الاهتمام بالثقافات الاجتماعية.

عناصر تشخيص الحبور:

١- ميل أساسي نحو الحبور.

٢- السطحية العاطفية.

٣- نشاط زائد.

٤- اللامبالاة بالثقافات.

عناصر تشخيص الحالات المتروحة:

١- متروحة مزاجية هامة بين الانهيار والحبور.

٢- غياب دور العوامل الخارجية والأسباب المبررة لهذه المتروحة.

## ٣- الشخصية المنفصمة (Schizoid):

ويمثل هذا النمط أساساً بمعجز للشخص عن إقامة علاقات اجتماعية، ويعود هذا المعجز إلى غياب الدفء العاطفي وإلى لا مبالاة الشخص بالتقريب وبالانتقاد وبمشاعر الآخرين عامة.

عناصر التشخيص:

١- المعجز عن إقامة علاقات اجتماعية.

٢- العزلة.

٣- انخفاض النشاط

٤- البرودة العاطفية واللامبالاة.

٥- عدم كفاية الدوافع القزوية.

٤- الشخصية ذات النمط الفصامي (Schizotype):<sup>(٢٥)</sup>

عناصر التشخيص:

يجب أن يلاحظ لدى المريض ٤ على الأقل من العناصر التالية:

١- التفكير الخيالي (حاسة سابعة، تنبؤات، تولد أفكار... الخ).

٢- أفكار علنوية.

٣- العزلة الاجتماعية.

٤- أوهام تنبؤ من حين لآخر (تبدد الشخصية، لعدم التحقيق، تهيؤات رؤية

الأموات... الخ).

٥- الحديث للشئ لغوياً.

٦- اضطراب العلاقات الشخصية.

٧- نزق وفكر عظمية.

٨- قلق اجتماعي أو حساسية بالغة أمام النقد.

وإلى هذه العناصر يمكن أن تضاف المظاهر التالية: خليط متنوع من مظاهر

القلق والانهيار وعدم المزاج. وغالباً ما نجد لدى هذا الشخص مظاهر الشخصية

الحدية (نظر الشخصية الحدية) وفي حالات الشدة أو الصدمة النفسية يمكن ملاحظة

بعض المظاهر الذاتية العابرة.

٢٥- يقترح تصنيف الجمعية الأمريكية DSM III هذا النمط ويعتبره مقدمة للفصام

### ٥- الشخصية الانفعالية:

تتميز هذه الشخصية بالميل المبالغ فيه لتفريغ الانفعالات بطريقة تصلامية ومحنة الضجة.

#### عناصر التشخيص:

- ١- تفريغ تصلامي للانفعالات.
- ٢- سلوك غير متساو.
- ٣- ردود فعل غير متناسبة.
- ٤- ميل المزاج نحو الهمود (احدام المزاج).

### ٦- الشخصية الوسواسية (Obsessive)

ويرافها جانيه (P.Janet) بأنها فائدة لحس الواقع من خلال تخفيض قدرة الشخص على استيعاب الحقيقة كاملة وفي مختلف وجوها. ويعود هذا الانخفاض الى خلل في آلية القدرة على الربط بين المعلومات الإدراكية والتفكير والمواقف والمواقف.

#### عناصر التشخيص:

- ١- قدرة محدودة على الإعراب عن المواقف والمشاعر.
- ٢- التردد.
- ٣- المعجز عن استيعاب الحقائق.
- ٤- عدم الثقة بالقررات الذاتية.
- ٥- الرغبة في الكمال.
- ٦- تعب جسدي- نفسي (بيكاستنيا) ومن هنا تسمية بعضهم لهذه الشخصية بالبيكاستنانية.

## ٧- الشخصية التجنبية (Evitante):

أدخل المؤلفون الأميركيون (DSM III) نوعاً جديداً من اضطراب الشخصية هو "التجني". وهذا النمط يشترك مع سابقه في سمات عديدة منها الثقة بالقدرات الذاتية والمعجز عن استيعاب الحقائق في مختلف وجوهها... الخ.

### عناصر التشخيص:

- ١- حساسية بالغة أمام علكم للرفض (من قبل الآخرين: والانتقاد. والاستنكار لدى ظهور أية علامة تنبئ بتراجع تقدير المجتمع له. والميل الى تفسير الأحداث البرينة على أنها سخرية.
- ٢- صعوبة إقامة علاقات اجتماعية إلا بشرط التكد الجازم بأنه سيكون مقبولا دون شروط.

### ٣- العزلة الاجتماعية.

### ٤- الرغبة في أن يكون مقبولا ومحبويا.

### ٥- ضعف الثقة بالذات وبالقدرات الذاتية.

## ٨- الشخصية الهستيرية:

يعتبر جاسبرز (Jaspers) أن السمة الأساسية لهذه الشخصية هي مباليتها ودراماتيكيته بحيث تريد أن تبدو أكثر مما هي عليه في الواقع وذلك إضافة الى مظاهر عدم نضج التفكير والعواطف والنشاطات.

### عناصر التشخيص:

### ١- الحركات التمثيلية المسرحية.

### ٢- عدم التضح وعدم الثبات الانفعالي.

### ٣- زيادة تقدير أهمية الذات.

### ٤- التعلق بالمطاني.

### ٥- محاولات تجنب العلاقات الاجتماعية.



## ٩- الشخصية الترجسية:

عديدون هم العلماء الذين اهتموا بهذا النمط من اضطراب الشخصية. وفي مقدمتهم Hartman و Kernberg. ويتميز هذا النمط بالمبالغة في تقدير الذات، الاهتمام المحموم لتحقيق نجاحات غير محدودة ورغبة استعراضية في جلب الانتباه والإعجاب. أما العلاقات مع الآخرين فهي عرضة دائماً للانتكاسات بسبب سطحية العلاقات التي يقومها الترجسي وبسبب عدم تحمله للنقد والتطاول المكافآت. ويظهر هذا المريض اهتماماً بذاته يترافق ظاهرياً مع تكيف اجتماعي فاضل ولكن مع اضطرابات هامة في بعض العلاقات. وتحتوي شخصية الترجسي على مزيج متغير من الطموح الحاد وهول العظمة وشعور بالذونية وزيادة القلق بأجواء الإعجاب والتقدير والموافقة الخارجية. وقد أعاد الأميركيون طرح هذا النمط في تصنيفهم.

### عناصر التشخيص:

- ١- الشعور القلق بأهمية الذات.
- ٢- الانشغال الهوسي بتحقيق النجاح الذاتي على مختلف المستويات.
- ٣- الاستعراضية.
- ٤- اللامبالاة أو الغضب البالغ أمام الجروح الترجسية.
- ٥- السعي وراء المكاسب الشخصية (كأن يغضب ويفجأ إذا لم يقدم له الآخرون مطالبه).
- ٦- استغلال العلاقات الشخصية.
- ٧- تراوح العلاقات الاجتماعية<sup>(٣٦)</sup>.
- ٨- غياب عمق العلاقات الاجتماعية.

٢٦- في علاقة ذلك الشخص وتراوح الترجسي بين المبالغة في تقدير الآخر وبين تجريده من الأهمية

### ١- الشخصية الواهنة (Asthénique):

يعرف شنايدر K. Schneider أصحاب هذه الشخصية بأنهم أشخاص يصلون بسرعة إلى وضعية المأزق مهما كان الجهد المطلوب منهم بسيطاً. وذلك لأسباب طباعية. ويتميز هذا النمط من اضطراب الشخصية بحالة وهن (نفسى وجسدى) مزمنة مترافقة مع درجة استثارة عالية (الانفعالية والفرق).

#### عناصر التشخيص:

- ١- وهن مزمن.
- ٢- هشاشة نفسية.
- ٣- مردود (صلى وفكرى) غير كاف.
- ٤- نقص التوازن المزاجى.
- ٥- غياب احترام الجسد (بسبب ضعف الجسد والنفس فإن لهذا المريض شكاوى نفسية وجسدية لا تنتهى).

### ١١- للشخصية المعادية للمجتمع:

يتميز هذا النمط بغياب القدرة على التكيف (المستمر) مع الأعراف الاجتماعية - الأخلاقية للمجتمع الذي يعيش فيه هذا المريض. وهكذا يؤدي سلوك المريض إلى صراع مباشر مع هذا المجتمع. ويختلف هذا الاضطراب عن باقي اضطرابات الشخصية من حيث شموله لمجموعة من الاضطرابات المتبينة بأشكال مختلفة وعلى أصعدة متمايزة. وذلك بحيث يمكننا تقسيم هؤلاء المرضى إلى ثلاث فئات:

- ١- معاداة المجتمع القطعية.
- ٢- الشواذ جنسياً.
- ٣- أصحاب النزوات. وتشارك هذه الفئات بعناصر التشخيص التالية:

### عناصر التشخيص:

- ١- غياب التكيف المزمّن مع العادات والأعراف الاجتماعية السائدة.
- ٢- العجز عن إقامة علاقات اجتماعية بشكل طبيعي.
- ٣- بذائية للعواطف وعدم تهنيئها. وهي مترافقة مع اضطرابات غريزية.

### ١٢- الشخصية الحدية (Border Line):

دخل العالم Hugues هذا المصطلح للمرة الأولى، في العام ١٨٨٣. وما لبث المصطلح أن دخل في التصنيفات عام ١٩٣٨ (Stern). ولقد عرف مبدأ الشخصية الحدية (الحد بين المصاب والذهان) أبقولا ونجلحا واسعين. وذلك بسبب الحاجة إلى مثل هذا المصطلح لاستخدامه في تصنيف وقبوب عدد من الاضطرابات الحدية التي لا يمكن إدراجها في عداد الأبواب التقليدية المعروفة في التصنيفات النفسية. لهذه الأسباب تعرض مفهوم الشخصية الحدية إلى تغيرات عميقة وعديدة مع مرور الزمن. وقد اهتم الأميركيون بشكل خاص بهذا النمط من اضطراب الشخصية وعملوا على إيضاحه وجلاء عناصره وهم يعرفونه على أنه اضطراب للشخصية يطل عدداً متغيراً من أصدقاء الحياة النفسية. وخاصة تلك المتعلقة بالعلاقات الشخصية والمزاج الأساسي وصورة الذات إضافة إلى تغيرات فائقة في الشخصية. وذلك بحيث لا تحافظ الشخصية على أي من ملامحها بشكل دائم.

### عناصر التشخيص:

- ١- العلاقات الشخصية المتغيرة.
- ٢- عدم ثبات الحالة المزاجية الأساسية.
- ٣- اضطراب الهوية الذاتية.
- ٤- وجود سلوكيات تدميري (إلحان، سلوك مؤذي، إيذاء الذات، محاولات الانتحار... الخ).

### ١٣- الشخصية التابعة (Dependante):

إن اضطرابات الشخصية المعروضة أعلاه هي، كما رأينا، اضطرابات تطل كافة نواحي الحياة النفسية للمريض. ولكننا لدى قولنا بمراجعة مختلف التصنيفات نلاحظ أن بعضها يحتوي اضطرابات تطل وجها من وجوه الحياة النفسية (مثل التكيف الاجتماعي والمهني أو مستوى ونوعية العلاقات الشخصية... الخ) دون غيره. ومن هذه الأنماط يركز المؤلفون الأمريكون على نمطين هما.

#### ١- الشخصية التابعة.

#### ٢- الشخصية السلبية- العدائية.

#### عناصر التشخيص:

- ١- نظراً لعجزه عن الفعل منفرداً فإن التابع يقبل، بشكل سلبى، قيام الآخرين بتحمل مسؤولياته الحياتية الأساسية عوضاً عنه.
  - ٢- القبول بوصاية الآخرين (الذين يتبع لهم) على مصالحه الشخصية. وذلك بهدف تجنب تعرضه وحيداً للمضايقات.
  - ٣- غياب الثقة بالذات (يعتبر نفسه عاجزاً ومهملاً... الخ).
- وهذا النمط غالباً ما تغالطه مظاهر اضطرابات الشخصية الأخرى (مثل الشخصية الهستيرية أو الترجسية أو التجنبية أو النمط القساصي.. ومظاهر القلق والانهيار هي مظاهر مصاحبة غالباً للشخصية التابعة.

### ١٤- الشخصية السلبية - العدائية (Passive - Aggressive):

#### عناصر التشخيص:

- ١- مقاومة ومعارضة للمتطلبات الضرورية، في الأحوال العادية، للحصول على الكمادات الملائمة سواء في الحياة الاجتماعية أو المهنية.

٢- المقلومة غير المباشرة في موقفين على الأقل من المواقف التالية: المروعة والكسل، عند الادعاء بعدم القدرة (مثل ادعاء التسيان مثلاً).

٣- استناداً إلى العنصرين المشار إليهما أعلاه نلاحظ انعدام فعالية عميق وطويل المدى لدى المريض. ونقدم الفعالية هذا لا يطل أدواراً أساسية في حياة المريض (دور الطالب أو دور الزوج... الخ) مما يعيق تقدم المريض ونجاحه.

٤- استمر في المريض في هذا السلوك حتى ولو تأمنت له ظروف تأكيد ذلكته وفعاليته.

٥- لا تظهر لدى المريض أعراض أخرى تصنفه في خاتمة أخرى من اضطرابات الشخصية ولا في خاتمة اضطرابات المعارضة الملاحظة لدى بعض المراقبين قبل سن الثامنة عشرة.

#### الشخصية متعددة الاضطرابات (Polymorphe):

إن جهود تصنيف اضطرابات الشخصية تصطدم بوقائع عولانية حيث تتمازج لدى نفس المريض عائلت تنتمي إلى أنماط مختلفة لاضطرابات الشخصية. وعلى هذا الأساس يقترح إسطنبولين غورغوس C. Gorgos التصنيفين التاليين:

١- الشخصية متعددة الاضطرابات.

٢- الشخصية المزيجية.

#### عناصر التشخيص:

بشخص اضطراب الشخصية من النوع متعدد الاضطرابات عندما نجد فيها عناصر مرضية تشخيص اضطرابات متعددة (كأنماط القسومي، ومعادي المجتمع والمليبي - الحائقي).

## ١٦ - الشخصية المزيجية (Mixture):

### عناصر التشخيص:

وذلك عندما تظهر لدى الشخص علام اضطراب الشخصية التي تنتمي إلى أنماط مختلفة. ولكن دون أن تكون هذه الاضطرابات كافية لتصنيف الاضطراب في أي من هذه الأنماط

## ١٧ - اضطراب الشخصية اللانمطي (Atypique):

حددت الجمعية الأميركية للطب النفسي هذا النوع من اضطرابات الشخصية لتصنف في إطاره جميع حالات الشخصية التي لا يمكن تصنيفها في عداد الأنماط التي تقترحها هذه الجمعية لاضطرابات الشخصية (سنعرضها في الفقرة التالية) ويستند تشخيص اضطراب الشخصية اللانمطي أساساً إلى وجود العناصر الثلاثة الرئيسية لكافة اضطرابات الشخصية وهي:

- ١- عجز الشخص عن التكامل المتناسق في محيطه الاجتماعي.
- ٢- عجزه عن التحكم في الانواحي الغريزية والانواحي المملطية - الإرادية.
- ٣- عدم وعيه واعترافه بوجود الاضطراب لديه.

### جدول يلمح علامات اضطرابات الشخصية

نمط الاضطراب	اضطرابات على صعيد				التحديات
	الغرائز	المزاج	السلوك	الوظيفي - الاجتماعي	
عقلي (بارانويا)	—	تخشب المزاج	قسوة نفسية وعدم الثقة بالآخرين	بمستوى طبيعي	ردود فعل عقلية وسلوس مرضية هذيان الظلم

نمط الاضطراب	اضطرابات على صعيد الـ				التقديرات
	الغرائز	المزاج	المساواة	الوظيفي- الاجتماعي	
مزاجي Affective	اضطراب الغريزة الجنسية	ميل انهيارية	سطحية العلاقات	نسبياً جيد	إدمان كحول- مخدر بغام والهيار.
المنقسم Schezoide	عدم كفاية الدوافع الغريزية	قساوة نفسية	العزلة وأهمية الذات المبالغة	انطوائي	افتحار لو/أو أفعال معادية للمجتمع.
انفجاري Explosive	ردات فعل بدائية	العدم المزاج	عدائية	محدود صعب الاستقرار والتحمل	نوبات غضب إدمان.
وسواسي Obsenive	كبت الغرائز	عدم الثقة بموافقه	الجزل التردد	نسبياً جيد	نوبات وسواسية (حصرية) والتهيار وعدم استجاب.
هوسكيري	ضيق الفتوات	أصوات التمسج المعطلي	حركات مسرحة دراماتيكية	متغيرة	التهيار، إغماء هوسكيري، محاولات الفتحار استعراضية.
واهن	تقصص نفسية	تفكير عاطفي	عدم القدرة على معالجة الأحداث	منخفض	التهيار، وهن جنسي ووساوس مرضية
معد للمجتمع	شذوذ قزوي	مزاج مضطرب	معادي للمجتمع	منخفضة جداً أو غائبة	إدمان - جريمة- شذوذ- سرقة...
شخصية حدية Border Line	نزواتية متحركة	عدم الثبات الانفعالي	أفعال مؤذية للذات	ملوك غير مناسب	افتحار لبقاء الذات.

### ١٨- تصنيفات أخرى:

نختم حديثاً عن اضطرابات الشخصية، من الناحية التصنيفية، بعرض أهم التصنيفات المعتمدة ونبدأ بـ:

#### (أ) الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM III R)

- ١- معادية للمجتمع
- ٢- التجنبية.
- ٣- الحدية.
- ٤- التابعة.
- ٥- الهستيرية.
- ٦- المتعددة.
- ٧- النرجسية.
- ٨- اللاعقلية.
- ٩- الوسواسية- القهرية.
- ١٠- العضوية.
- ١١- العظامية.
- ١٢- السببية- العداقية.
- ١٣- العنادية.
- ١٤- المنفصمة:
- ١٥- النمط القسامي.
- ١٦- Self Defacting.

#### (ب) منظمة الصحة العالمية (ICD١):

- ١- عظامية.
- ٢- مزاجية.



- ٣- منفصمة.
- ٤- انفجارية (صرعية).
- ٥- وسواسية (قهريّة).
- ٦- هستيرية.
- ٧- وائنة.
- ٨- فرضية- اجتماعية.
- ٩- غيرها (الخارج عن الملوف- السلبى العائلى).
- ١٠- غير محددة.

(ج) تصنيف ليونهارد Leonhard:

- ١- زلدة المزاج.
- ٢- منخفضة المزاج.
- ٣- لاقئة الدقة.
- ٤- لاقئة الإصرار.
- ٥- المترواحة.
- ٦- البالغة الحمل.
- ٧- لاقئة.
- ٨- الانفعالية.
- ٩- غير قلادة على الضبط.
- ١٠- استعراضية.

## ٦- علاج اضطرابات الشخصية: (٢٧)

يمتاز هذا العلاج بتعقده ويصعبه الفلقة. وتزداد هذه الصعوبة بشكل مبالغ في عيادتنا العربية. ويمكننا تلخيص أسباب هذه الزيادة بالنقط التالية:

(أ) أن غياب أو انخفاض مستوى الوعي الصحي- النفسي بضاعتان احتمالات عدم وعي وعدم الاعتراف بالاضطراب. وهما يدفعان المحيط أيضاً إلى إهمال الاضطراب وعدم وعيه وأحياناً التهرب من الاعتراف به في حال وعيه.

(ب) إن المريض لا يتوجه للمعينة إلا في حالات اللامعاوضة الحادة. وهذا نستطيع تمييز مواقف عديدة هي:

١- اللامعاوضة المؤدية إلى ظهور الوسواس المرضية (المروق). وفي هذه الحالة فإن المريض لا يصل إلى العبادة النفسية إلا بعد فترة طويلة (من بضعة أشهر إلى بضعة سنوات) من المراجعات الطبية الاختصاصية.

٢- اللامعاوضة العصبية. ونادراً ما يصل هذا المريض (العربي) إلى العبادة النفسية.

٣- اللامعاوضة الذهنية: وهي عرضة للتباسات لتشخيص.

٤- حالات إيذاء الذات أو الآخرين. حيث تطرح إشكاليات الطب النفسي الشرعي.

(ج) غالباً ما يميز المحيط عن إعطاء آراء موضوعية حول نشوء الاضطراب وتطوره. بل إن المحيط غالباً من يعرقل الفحص بلخفاقه عنداً من المظاهر السابقة لاضطراب الشخصية من منطلق أنها تعيب العائلة. إضافة لجزم جاهل بأن لا علاقة

٢٧- للتعمق بموضوع العقابر النفسية المستخدمة في علاج اضطرابات الشخصية انظر - مصدر أمد

النفاسي: معجم العلاج النفسي الدولي، دار ومكتبة الهلال، ١٩٩٤.

لهذه الممارسات المعيبة (التي هي في الواقع من صلب أعراض اضطراب الشخصية) بالوضع الحالي للمريض. وهكذا نجد الأهل وهم يخفون ممارسات من نوع إيذاء الذات، محاولات الانتحار، محاولات القتل، الانسحاب، السرقة... الخ من منطلق أن لا علاقة لهذه الممارسات بالوضع الحالي للمريض! وهم يقيمون هذا الوضع على أنها حالة بسيطة عابرة.

(د) بناء على مجموعة الأسباب المذكورة أعلاه فإن المحيط قد يمارس دوراً سلبياً ومعيقاً أكثر خطورة. ففي حالات كثيرة يخفي الأهل تعرض المريض للرضوض الدماغية أو هم يخفون الورقة المرضية - النفسية، وأحياناً على عكس ذلك نلاحظ أن الأهل يحاولون الإيحاء برد المرض إلى رضة دماغية (يضعون أظفارها) في محاولة للتخلص من عار إصابة ابنهم بالمرض أو بالاضطراب. وهكذا تتنوع مظاهر سلبية الأهل المؤدية إلى إعاقلة التشخيص وتأخير العلاج.

إن النقاط المشار إليها أعلاه تؤدي إلى زيادة مهمة الطبيب العربي صعوبة وإلى أربك مهمة إضافة للصعوبة البالغة في التعامل مع محيط المريض.

بعد هذا العرض الموجز لخصائص الممارسة في العيادة العربية نأتي إلى عرض اقتراحاتنا العلاجية لحالات اضطراب الشخصية من خلال النقاط التالية:

### ١- الاضطرابات الناجمة عن الحوادث الدماغية:

في حالات اضطراب الشخصية الناجم عن الحوادث الدماغية - المرضية، والمؤدي إلى تغيرات عاطفية - مزاجية بالغة، فإن المهندات العظمى تكون ذات تأثير محدود. ولعل أكثرها فعالية عقار الـ Fluphenazine. وفي حال شكوى هذا المريض من الصداع فإننا ننصح باستعمال الـ Sulfate de Magnesium مع محلول السكر (١٠٪) وفيتامين ج (كلها بالحقن الوريدي - مصل).

## ٢- العلاج الوقائي:

ويهدف هذا العلاج إلى الحد من الأسباب والظروف والعوامل التي كانت سبباً في ظهور الاضطراب أو في تشجيع ظهور اللامعوضة.

## ٣- علاج مختلف الاماظ المعروضة سابقاً:

كما سبق الإشارة فإن المدروس النفسية المعاصرة تختلف في تصنيفها لهذه الاضطرابات. وهذا الاختلاف لا ينحصر في نطاق التسميات بل فيه أعق من ذلك بكثير. فغياب المقاييس الدقيقة لتحديد الشخصية الطبيعية يستتبع معه غياب المقاييس التي من شأنها تحديد عمق اضطراب الشخصية. ومن الطبيعي أن تؤدي مجمل هذه العوامل إلى اختلافات عميقة تمتد من التشخيص إلى العوارض ومنها إلى العلاج. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد أن نفس العارض يتخذ دلالات مختلفة باختلاف الثقافات فالعزلة العائلية تحترق نوعاً من الاستقلالية في العائلة الأميركية وعليه فإن ظهورها لدى الشاب الأميركي ليست له أية دلالة. أما إذا انزول الشاب العربي عن عائلته فإن ذلك يجب أن يكون مدعاة للقلق. لأن جهاز العلاقات يرفض هذه العزلة ومن هنا يمكننا اعتبار الإصرار عليها من قبل الشاب بمنزلة علامة مرضية. وليس عليه بالنسبة لعوارض اضطراب الشخصية الأخرى. وهكذا يتضح لنا أن علاج هذا النوع من الاضطرابات النفسية هو مؤشر للجدل والتضارب الآراء. ودون أن نتجرأ على وضع أنفسنا في موقع الحكم في هذه المصاعك ودون أن نعتبر أنفسنا في مصاف أولئك الذين يخوضون فيها فإننا نعرض فيما يلي وجهة نظرنا الشخصية ونلخصها كما يلي:

## ١- العلاج بالمهندئات العظمى:

يمكننا تقسيم اضطرابات الشخصية إلى مجموعتين كبيرتين. الأولى نحتاج للعلاج بالمهندئات العظمى (العظمية وفصلية النمط والفصلية والحدية والحائنة

ومعدلية المجتمع والسادية.. الخ حسب التصنيف). والثالثة لا تحتاج للعلاج بهذه الأدوية (الهيستيرية والفرجسية والتجنينية والوسواسية- القهرية والتابعة والواهنة).

وفي الحالات التي يحتاج فيها الاضطراب الى العلاج بهذه الأدوية فإننا نلاحظ اختلافا في تحديد نوعية هذه الأدوية فبعضهم ينصح بعائلة الفينوثيلازين وآخرون بالعائلات الأخرى. وبما أننا نقرنا الاقتصار على تجربتنا الشخصية فإننا نستخدم في علاج هذه الحالات دواء "البريسيازين" المسوق باسم Neuleptil (وهو من عائلة الفينوثيلازين ويسمى بالفينوثيلازين الشاب لأنه ملائم لعلاج اضطرابات الشباب ولأنهم أكثر على تحمل آثاره الجانبية). ويستخدم هذا الدواء بالجرعة المناسبة للحالة.

لما في حالات اضطرابات الشخصية للخطر وبخاصة الشخصية الحدية Border Line و Etat Limite فإننا نستخدم حقن (خزان يدوم لمفعولها ٢- ٤ أسابيع الـ Flupentixol) بأعيرة تتراوح بين ٢٠ و ٦٠ مغ).

## ٢- العلاج بمضادات الانهيار:

إن مضاد الانهيار يفرض نفسه في حالات اضطراب الشخصية حيث يستند التشخيص الى الصراعات التكيفية. وهذه الصراعات تقتضي استعمال مضادات الانهيار على أن يتم اختيار المناسب منها تبعا لنوعية الاضطراب وللبنية الجسدية للمريض ولوضعه الصحي العام. ولعل أكثر مضادات الانهيار استعمالاً في المجال هما عقاران: Imipramine و Clomipramine ولكننا يجب ألا نهمل مضادات الانهيار المسوقة حديثا والتي تبدو فائقة الفعالية وفي مقدمتها عقار الـ Paverin المسوق الذي تكل الأبحاث المبنيّة على فعاليته.

٢- لمحة موجزة عن علاج اضطرابات الشخصية:

(أ) الشخصية العظامية:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Melleril أو Fluaxol).  
- العلاج النفسي.

ب- الشخصية فصامية النمط:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).  
- Imipramine.  
- العلاج النفسي.

(ج) الشخصية المنفصمة:

- Neuleptit (ويمكن استبداله بـ Haloperidol).  
- IMAO (أحد الأنواع الجديدة ذات الأثر المحدود).  
- علاج نفسي داعم.

(د) الشخصية الهستيرية:

- علاج نفسي - إيحائي.  
- يمكن استخدام IMAO الحديث في حال ترافقها مع اضطراب المزاج.  
- يمكن استخدام العلاج الدوائي المسلح (Anméc).

(هـ) الشخصية الترجسية:

- علاج نفسي  
- Clomipramine  
- ملحق الليثيوم.

## (و) شخصية الحد الفاصل:

- Fluamxol حقه خزان عيار ٢٠ مع مرة كل ٤ أسابيع.
- Carbamazepine -
- أملاح الليثيوم ( في حال ترافقها مع اضطراب المزاج).
- منشطات (في حال ترافقها مع الاكتئاب).
- العلاج النفسي (له في هذه الحالات أهميته الخاصة).

## (ز) الشخصية للتجنبيه:

- علاج نفسي إدراكي.
- مضاد انهيار من نوع (IMAO).

## (ح) الشخصية الوسواسية - القهرية:

- Imipramine أو Clomipramine.
- علاج نفسي.

## (ط) الشخصية المسلية - العنكبوتية:

- مضاد انهيار من نوع (IMAO) - المئات الحديثة.
- Lorazepam أو Xanax .
- علاج نفسي.

## (ل) الشخصية المعادية للمجتمع:

- علاج نفسي جماعي (في مؤسسات متخصصة).
- علاج دوائي طواري.

## الفصل الثالث

### العوامل المؤثرة في الشخصية

- ١- التفاعل الوجداني
  - أ- المزاج
  - ب- الغرائز
  - ج- التأثير والانفعال
  - د- العواطف والاهواء
- ٢- المعرفة
  - أ- الفهم
  - ب- التعلم
- ٣- التصور
- ٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك
  - أ- الانتباه
  - ب- الذاكرة
  - ج- الخيال
- ٥- العمليات المؤدية الى ترابط السلوك
  - أ- التفكير
  - ب- اللغة
  - ج- النكاح
  - د- الإرادة





كما قد عرضنا في نهاية الفصل السابق لمتغيرات الشخصية واضطراباتهما. ونود أن نناقش في هذا الفصل العوامل المؤثرة في الشخصية برأي الطب النفسي وهي التالية:

١- التفاعل الوجداني.

٢- المعرفة.

٣- التصور.

٤- الوظائف الموجبة للسلوك والمؤدية لتكامله.

٥- العمليات المؤدية إلى ترابط السلوك.

### ١- التفاعل الوجداني

يلعب الوجدان دوراً أساسياً في تحديد الشخصية. ذلك أن الوجدان يطبع الشخصية بطابعه. هذا بالإضافة إلى الأدوار الرئيسية التي يلعبها الوجدان في عمليات التعلم، التقدم والتفوق، فالمحسنة والاهتمام والمزاج ليست الا متفرعات للوجدان كما سنرى.

والحالات الوجدانية تؤثر أيضاً في عملية الإدراك هذه العملية المتأثرة بالمعرفة والتصوير إلى جانب تأثيرها بالوجدان.

مما تقدم نستنتج بأن الوجدان يلون بطابعه الحياة النفسية للشخص. ومن هنا يأتي اعتبارها وجهاً من وجوه الشخصية. وليس مجرد عامل مكون لهذه الشخصية.

أ- دور الوجدان في تحديد السلوك: إن ردة فعل الشخص أمام مشكلة ما لا تتعلق فقط بحجم هذه المشكلة ولكنها تتعلق مباشرة بحالته الوجدانية أثناء تعرضه

للمشكلة. وإنطلق من المسألة الفيزيولوجية القليلة بأن لكل فكرة ردة فعل تأتي بمنزلة الجواب على هذه الإثارة.

وإذا كنا في مجال الحديث عن الوجدان فمن الطبيعي القول بأن ردة الفعل هذه تختلف باختلاف التفاعل الوجداني من شخص لآخر. ولكنها تختلف أيضا باختلاف حدة الإثارة وباختلاف الوقت الذي نعرض فيه هذا الشخص للإثارة.

ولبدأ لولا بشرح كيفية تفاعل الجسد مع الإثارة، فالجسد يتلقى هذه الإثارة ويعايشها وجدانياً، وهذه المعيشة تترجم على الصعيد الجسدي بمجموعة محددة من التغيرات الفيزيولوجية الفاجمة في معظمها عن تدخل الجهاز العصبي للتبليغي (اللاارادي) والغدد الصماء. وتفصيل ذلك أن الإثارة تؤدي إلى:

١- تحريك الجهاز الودي (السمبثوي) الذي يقوم بتهيئة الجسم للقيام بردة الفعل. وذلك بمساعدة الجهاز القلبي الذي يفرز الأدرينالين ومعدلاته. الأمر الذي يساهم في تحديد ردة فعل الحافزة (response) بحيث ترتفع مقدرة الجسم على الاتصال الكهربائي وكذلك ارتفاع ضغط الدم وتسلرع التنفس وزيادة الحيوية العضلية... الخ والواقع أن أي معيشة من نوع الحافزة، كالغضب مثلاً، تؤدي إلى تحريك الجهاز الودي (السمبثوي).

٢- في حالة الإثارة التي تهيئ الجهاز نظير الودي (الباراسمبثوي) فإن هذا التهييج يؤدي إلى تهييج مراكز الكواين (مخاض) مما يؤدي إلى مظاهر جسدية مثل تباطؤ نبض القلب، تباطؤ التنفس، الشحوب... الخ.

وسيطرة إحدى الآليات المشروحة أعلاه هي في الواقع سيطرة نسبية. إذ أن أية إثارة كانت تؤدي إلى تهييج الجهازين معاً<sup>(١)</sup>. فالخوف على سبيل المثال وبالرغم من

١ - ينقسم الجهاز العصبي إلى قسمين أساسيين: مركزي أو الأرنقي، وقبلي أو اللا ارادي. وهذا الأخير مسؤول عن تربية الأحشاء التي تمارس وظائفها بصورة آلية دون تدخل الألف. مثل نبض

مظاهره الجسدية الدالة على هيمنة الجهاز الودي (السمبتوي) إلا أنه يكون أيضاً متلازماً بمظاهر تهيج الجهاز نظير الودي (الباراسمبتوي) مثل الغثيان أو التقيؤ أو للتبول... الخ.

ونحن عندما نقوم بدراسة الحالات الوجدانية نلاحظ دائماً وجود علاقة متشابكة بين العوامل الخارجية (نوع الأثر، حدثها، ديمومتها... الخ) وبين العوامل الداخلية الخاصة بكل إنسان على حدة والخاصة أيضاً بالوضع الآتي (الحالة المزاجية) للشخص. وكل واحد من هذه العوامل يمارس تأثيراته الخاصة ويتحكم بشكل أو بآخر في ظهور ردة الفعل وفي تحديد الحالة المزاجية التي تعقب الأثر. بهذه الطريقة وحدها نستطيع أن نفسر اختلاف ردات الفعل، أمام نفس الأثر، من شخص لآخر. أي بمعنى آخر يمكننا أن نفهم لماذا تؤدي نفس عوامل الازعاج إلى إصابة شخص ما بالفرحة<sup>(١)</sup> وأخر بالاضطراب<sup>(٢)</sup> أو بالانزعاج<sup>(٣)</sup> أو غيرها من الأمراض الانسدالية.

---

القلب وفراغات الفخذ وحركات الأمعاء... الخ. ولهذا الجهاز الثلاث الكيميات الخاصة وهي الكاتيكولا مينات (أدرينالين ونور أدرينالين) بالنسبة لقسمه الودي والكولين بالنسبة لقسمه نظير الودي.

٢- لننظر في الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر - فصل الفرحة (ص ٩٩).

٣- المرجع السابق ص (٢٠)

٤- المرجع السابق ص (١٧)

وفي نهاية حديثنا عن دور الوجدان في تحديد السلوك نورد عدداً من العوامل المؤثرة في الحالة الوجدانية لشخص ما. ومن هذه العوامل نذكر: التعب، الإرهاق النفسي، الاكتفاء، العادة الشهرية، الانتظار، الحرمان الحسي<sup>٥٠</sup>

ب- الوجدان من وجهة نظر طبية: إن آلية الوجدان وتغير الحالة المزاجية كانت مثال نقاشات عديدة. وقد طرح حول هذه المسألة عدد من التساؤلات والفرضيات. ولعل أولى النظريات النفسية - الفيزيولوجية حول الوجدان هي تلك النظرية التي طرحها العالمان (James , Lange) في العام ١٨٨٤. والقاتلة بأن الانفعال والمعيشات الوجدانية بشكل عام يمكن أن تفسر من خلال تأثيرها على الشخص ومن خلال التغيرات الظاهرة التي تحدثها فيه. وبقت عبارة جيمس (James) الشهيرة: " عندما نشاهد دياً نصاب بالخوف لأننا نهرب " .

على أن هذه النظرية لا تنطلي إلا للدرجة الأولى من سلم التغيرات التي يحدثها الوجدان ولهذا فهي تعتبر اليوم نظرية سابقة. ففي العام ١٩٢٧ ظهرت نظرية كانون (Cannon) و (Bard) وعرفت هذه النظرية بنظرية اللحاء - الدماغ الأوسط (Cortico - Diencephlique) وهذه النظرية لا تزال تلامي الكثير من القول لغاية الآن.

وقد أثبت بارد بأنه لا يمكن الاستغناء عن الهيبوتالاموس في شرح الحالات الوجدانية. ذلك أن استئصاله أدى القبط يؤدي إلى فقدان الانفعال لديها. وبهذا يعتبر بارد بأن الهيبوتالاموس هو المسؤول عن تسجيل ردود الفعل الوجدانية وذلك طبعا تحت مراقبة اللحاء الدماغى. ونحن إذا أردنا أن نلخص هذه النظرية فإن التلخيص

٥٠ - الحرمان الحسي: ويقصد به حرمان الشخص من استخدام حواسه كل يوضع في مكان مظلم فحرمان من استخدامه حاسة النظر... الخ من ممارسات الحرمان الحسي المستخدمة في عمليات غسل الدماغ.

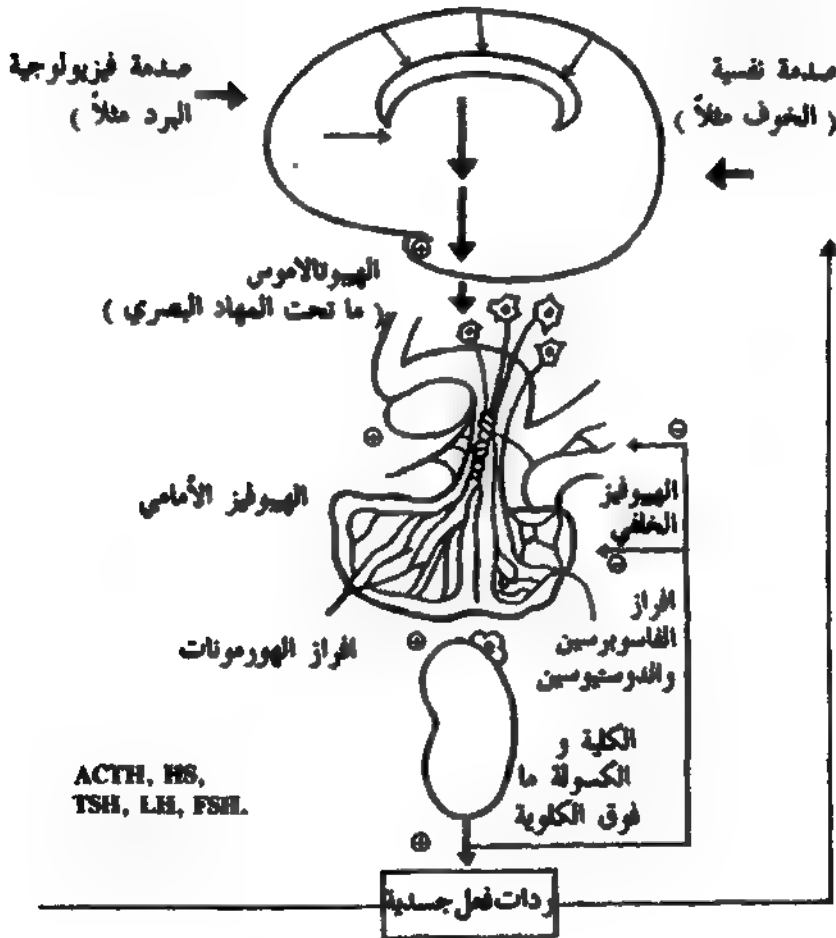
يلقي على النحو التالي: يقوم اللحاء الدماغي بانتقاء وتحديد نوعية ردود الفعل أثناء المعاشات الوجدانية. إلا أن اظهار وتنفيذ ردود الفعل فهي من اختصاص الهيوتالاموس.

وفي العام ١٩٥٠ استطاع العالمان ليندسلي (Lindsley) ولرنولد (Arnold) أن يكملوا هذه النظرية وأن يسدوا بعض ثغراتها. وذلك من خلال شرحهما لآلية التنشيط (Activation). هذه الآلية التي تستطيع أن تشرح لنا أسباب استمرار أو حتى زيادة أثر المعاشات الوجدانية السابقة. فهذه النظرية تقول بأن المثير يحدث تهييجا يصل إلى المركز الخاص به في اللحاء. وعندها يبدأ المرء بعرض المثير وفي هذه اللحظة يكف اللحاء عن كبح الهيوتالاموس بحيث يتيح له ممارسة التأثيرات المتلائمة مع المثير. وهذه الرابطة بين اللحاء والهيوتالاموس تلعب دوراً مزدوجاً. فهي من ناحية تقوم بإرسال السائل العصبي (Influx Nerveux) الضروري لمواجهة المثير. أما من ناحية أخرى فهي تقود التيار العصبي (Flux Nerveux) من المحيط نحو اللحاء متيحة بذلك إمكانية دعم واستمرار وتقوية ردة الفعل.

ولا بد هنا من الإشارة إلى الاضغطة التي لقي بها العالم ماك لين (Mac lean) من خلال دراساته على الجهاز الهامشي (الليمبي) (أنظر الصفحة التالية) ولوائه في التكمال السلوكي. بحيث أصبح بالإمكان تحديد دائرة مغلفة للفعل ولزدة الفعل.

وهذه الدائرة تستطيع أن تفسر لنا ما يجري بشكل متكامل. وهذه الدائرة العصبية المغلفة هي: لحاء دماغي - هيوتالاموس - أعصب محيطية - هيوتالاموس - لحاء دماغي (Cortico - perferico Hypothalamo) - Cortical - Hypothalamique. هذه الدائرة العصبية تستطيع أن تفسر لنا الآلية المسؤولة عن الاستمرار التلقائي للمعاشة الوجدانية التي تكون طويلة.

وهذه النظرية تعتبر نقطة هامة في فهم وظيفة الجهاز العصبي. وذلك من خلال تخطيطها دراسة للدماغ من حيث بنيته الى دراسة الأدوار الوظيفية للدماغ. فهذه النظرية قادرة على شرح تكامل البواعث والطاقة والوجدانية.



وهذه الصورة تشرح لنا المشاركة القلقة بين الجهاز العصبي من جهة وبين الغدد الصماء من جهة أخرى. هذه المشاركة التي تتم إثر مواجهة الجسد لصدمة ما. سواء أكانت نفسية (كالخوف مثلاً) أو فيزيولوجية (كالتعرض للبرد مثلاً).

وفي كلتا الحالتين نلاحظ أن الجهاز العصبي يتفاعل بنفس الطريقة. فالمثير يؤدي إلى تهييج الهيبوثالاموس (ما تحت المهاد) مما يؤدي إلى إفراز الغدة النخامية للهرمونات: T.S.H. A.C.T.H. , L.H و F.S.H وهذه الهرمونات تصب في الدم وعن طريقه تصل إلى الغدة الكظرية الخلفية حيث تقوم بمراقبة إفراز A.C.T.H. وتشجع ردة الفعل الجسدية الكفولة بمقاومة آثار الصدمة.

ومن المهم أن نلاحظ الرابطة العصبية - الهرمونية الدقيقة القائمة بين الهيبوثالاموس والغدة النخامية، إذ نلاحظ أن الهيبوثالاموس يفرز الهرمونات (Releasing factors) التي تؤدي بدورها إلى إفراز الهرمونات النخامية (A.C.T.H- L.H- T.S.H. F.S.H).

ج- تكون الوجدان ونموه لدى الطفل: خلال العام الأول من عمره يعيش الطفل البشري حالات وجدانية بدائية، فطرية ومتقلبة. كما أن المعيشات الوجدانية في هذه السن تكون قصيرة الأمد ولكنها تؤدي إلى ردود فعل واسعة وشاملة.

وفي مرحلة لاحقة من حياة الطفل تمتد لسن ٣- ٤ سنوات يبدأ الطفل بفهم واستيعاب معنى الانفعال والتفاعل. إلا أن طفل هذه السن يبقى مقيدا بما يمرض عليه محيطه. إلا أنه يجيب بحزم بسرعة، بعنف ودون أن يتردد كثيرا في الانتقاء. أما في السن المتروحة بين ٣ و ٦ سنوات فلنلاحظ لدى الطفل لولي عاظم القدرة على تعديل وإخفاء معيشتاته الوجدانية. فطفل هذه السن يقوم بالانتقاء ويفضل بعض الدمي أو الأكلون أو الملابس على أخرى. ولكن المعيشة الوجدانية في هذه السن تبقى قصيرة المدى وغير ثابتة وخاضعة لتأثير الإحباء والرغبة في تقليد الكبار. وفي هذه المرحلة يجب علينا أن نهذب نوق الطفل وأن نوظف لديه الإحساس بالجمال والخير.



لما المرحلة الدراسية الممتدة من سن ٦ إلى ١٦ سنة. فهي تشهد نضج العواطف وعقلنتها. وفي هذه المرحلة يتجسد النمط الحياتي للشخص وفقا للمثل العليا، التقاليد والابطال الموجودين في محيطه.

د- السلوك الوجداني: ان تحديد السلوك الوجداني لشخص ما هو أمر في غاية الصعوبة. اذ ان العوامل المكونة لهذا السلوك والمؤثرة فيه هي عوامل متشعبة ومتداخلة بشكل يصعب معه حصرها او حتى تحديدها. وسنقتصر هنا على مناقشة الخطوط العريضة للعوامل المؤثرة في السلوك الوجداني. وهذه العوامل هي:

- ١- الحالة المزاجية.
- ٢- الغرائز.
- ٣- التأثير أو الانفعال.
- ٤- العواطف والأهواء.

#### ١- الحالة المزاجية:

إن التناغم الانفعالي- الوجداني للحياة النفسية يرتكز على مجموعة من التأثيرات الخارجية والداخلية الخاصة بكل شخصية على حدة. والروابط القائمة بين هذه التأثيرات هي التي تحدد مدى تكامل الملكات والقدرات العقلية.

وبإمكاننا اعتبار المزاج بمنزلة الميزان الحقيقي للقوى العقلية المتحركة في التوازن النفسي. فمن الملاحظ بأن أي تغيير أو اضطراب، يحصل على الصعيد الجسدي، يؤدي إلى تغير الحالة المزاجية. هذا وقد تعودنا على وصف المزاج بأنه جيد أو سيء، بأنه مستحب أو بغيض.

ويقسم الطب النفسي اضطرابات المزاج وفقاً لخطتين متعامدين: أولهما يقسم الحالات المزاجية من حيث حثتها وديمومتها إلى ثلاثة أنواع هي:

أ- المزاج الزائد الانفعال (Hyperthymic).

ب- المزاج الغلب الانفعال (اللامبالي) (Athymic).

ج- المزاج المنكفي الانفعال (Hypothymic).

أما الخط الثاني فيقسم اضطرابات المزاج، وفقاً لانعكاسها على السلوك الى قسمين هما:

د- المزاج التظير الانفعالي (Parathymic).

هـ- المزاج العسير (المولم) (Dythymic).

أ- المزاج الزائد الانفعال (ارتفاع التأثير الوجداني): وهذا النوع من اضطرابات المزاج تمكن مصادفته في أمراض نفسية وعقلية محددة مثل: الذمات المتبدية بزيادة الانفعال، الصرع، أثناء النشوة الصوفية لمرض الصرع، حالات المرح المصاحبة لتعاطي المخدرات وفي بعض حالات تخلف العقلي... الخ.

ب- المزاج الغالب الانفعال (اللامبالي): ويتبدى هذا المزاج من خلال لا مبالاة وجدائية مبالغ فيها. ويحدث أحياناً ان تترافق هذه اللامبالاة بالهلوسات وهذا ما نصادفه لدى بعض مرضى الفصام بشكل خاص.

ج- المزاج المنكفي الانفعال (الهامد): ويتميز بتقلص الصدى الوجداني والانفعال الحيوي للشخص ومثل هذا الاضطراب المزاجي تمكن ملاحظته في حالات رضوض الجمجمة، وفصام الشخصية وفي غالبية حالات الخبل. وتوجد الإشارة هنا بأن الكتابة ليست حالة جمود وتنكفي انفعالي كما قد يخل لنا للوهلة الأولى ولكنها حالة ارتفاع في التأثير الوجداني. هذا الارتفاع الذي يجعل المريض يضخم عوامل حزنه مما يرفع تأثيرها الوجداني على مزاجه بحيث يصبح كئيماً.

د- المزاج العسير: أو المزاج المولم ويتبدى هذا المزاج من خلال الخطوط العريضة التالية: مزاج حزني يتراوح بين الألم الاخلاقي، أي التركيب الانهيازي،

ولكن تمكر المزاج هذا يمكن أن يصل إلى مرحلة الانقباض الشلق والمكدر الذي يمتد إلى التفكير ككل ويطبع المزاج بالخوف من الوحدة لورهاب الذات (Egophobie) ومثل هذه الحالة تميز عصاب فيرا (Névrose Vera) إلا أن هذا المزاج العسير ممكن أن ينشأ عن حالات الأكم المعنوي المترافق مع العمى العقلي كما يحدث لدى مرضى كآبة القلق.

والحقيقة أن المزاج العسير كثيراً ما يصاحب حالات الانهيار الارتكاسي، ذهانات التفتقر بسبب التقدم في العمر، حالات الصرع (فترة ما بين الثوبات) وكذلك في حالات التوراستكيا... الخ.

هـ- المزاج للتطوير الانفعالي: وهذا الاضطراب المزاجي هو مرحلة تطورية للمزاج العسير. وهو يحدث عندما يتلازم الأكم المعنوي والحالات المكدرية مع الحساسية المفرطة والخوف والمصيبة. وهذه الحالة المزاجية تلاحظ بشكل خاص لدى بعض مرضى الصرع وكذلك في حالات الهذيان الحاد المترافق مع الخبل الحتمي. وأخيراً لدى مدمني المخدرات في فترات منعهم عن تعاطيها.

## ٢- الغرائز:

تعرف الغريزة على أنها ملكة القيام بعمل معين ومحددة تتفق مع الوراثة دون أن تكون هناك حاجة لتعلم هذه الأعمال.

ويتفق العلماء اليوم على تقسيم الغرائز إلى مجموعتين كبيرتين هما:

١- الغرائز المؤدية للحفاظ على الذات (البقاء) وفيها تدخل غرائز التغذية والدفاع عن النفس... الخ.

٢- الغرائز الهلابة للحفاظ على النوع ومنها غرائز الانجاب والأمومة.. الخ.

أما عن مواقف العلماء من الغرائز فقد كانت هذه المواقف شديدة التبليين ففي حين يطلق فرويد الالامية القصوى على الغرائز والجنسية منها بشكل خاص، فإننا نلاحظ أن لورنز (K. Lorenz) يؤكد بأن الغرائز قابلة للتهديب والتأثر بالمحيط.

وأخيراً فإن علماء الجراحة العصبية استطاعوا أن يثبتوا بأن التحكم في الغرائز هو من الأمور الممكنة خاصة بعدما حددوا المناطق الدماغية ما تحت الحجابية المتحكم بهذه الغرائز (راجع الصورة التي تبين روابط التالاموس).

هذا وقد استطاع العلماء أن يدخلوا الكثير من الموضوعية على معرفتنا لهذه الغرائز وذلك من خلال اكتشافهم لتلك التقلبات العصبية المسماة بالاندورفين<sup>(١)</sup>. ذات المفعول المخدر الذي يفوق مفعول المورفين بعشرات الأضعاف. فقد أثبتت التجارب بأن من شأن هذه التقلبات أن تتحكم بالمزاج أيضاً بالغرائز. ولئن نطيل الشرح أكثر من هذا، وسنبداً باستعراض اضطرابات الغرائز:

أ- اضطراب غريزة التغذية: وهذا الاضطراب يمكن أن يتظاهر بأشكال ومناسبات عديدة:

١- اللهايم: زيادة كمية الأكل المتقولة وهذه الزيادة ممكن أن تنجم عن أمراض عقلية (تخلف عقلي، عمه، وفصام الشخصية... الخ) أو أمراض نفسية كالانبيول الارتنكاسي أو أمراض عضوية مثل أمراض البنكرياس، السكري أو أورام الدماغ الأوسط.

٢- العطش الزائد: أي زيادة شرب السوائل وهي صفة مميزة للعصبانيات بشكل أساسي ولكننا يجب ألا ننسى السكري الكاذب.

١- الاندورفينات أو مورفينات الدماغ (Endorphines) هي تقلبات عصبية- كيميائية يفرزها الجهاز العصبي على صعيد الدماغ بصورة خلصة. وهي تلك الخصائص مخدرة شبيهة بخصائص المورفينات.

٣- انخفاض الشهية: هذا الانخفاض يمكن أن يصل لغاية الامتناع الكلي عن الطعام (إياء الطعام) ولتفترات طويلة كما في حالة عصاب الخلفة العقلي (٧). كما يمكن أن تصانف انخفاض الشهية في حالات القلق والانهيار والامعان والكآبة... الخ.

٤- شذوذ الغريزة الغذائية: وهذا الشذوذ يتبدى بأشكال عديدة منها:

أ- أكل البراز (فضلات الأمعاء) (Coprophagy) تصانف في حالة نقصان المزمن المتطور.

ب- أكل الأشياء الغريبة (Allophagy): مثل أكل الزجاج، الفحم، الطباشير، المسامير... الخ وهذه تصانف في الاضطرابات النفسية المرضية أو في حالة المساومة مع المحيط.

ج- الوهام أو شهية الحمل: ومنها رغبة الحمل في أكل الأشياء المالحة وفي بعض الحالات المتطرفة لكل لوجل المالح وهذا يدخل في الاضطرابات النفسية للمرافقة للعمل.

ب- اضطراب الغريزة الجنسية:

١- ازدياد الرغبة الجنسية أو الشبق: وتلاحظ مثل هذه الزيادة في حالات الهيستريا والتخلف العقلي وبداية حالات العته وكذلك في حالات الهوس. والشبق يمكن أن يؤدي إلى ارتكاب أعمال مناقية الحشمة (اغتصاب، تهتك، شذوذ... الخ).

٧- عصاب الخلفة العقلي (Anorexic Mental) أو القهم: حالة مرضية تجدى لدى الفتيات في سن المراهقة بمظاهر الامتناع عن تناول الطعام (إياء الطعام) والتخوف الارادي عقب تناول أي طعام. إضافة لانقطاع العادة الشهرية وازور مظاهر الهزال الجولية. تتصف في هذا الموضوع نظراً: محمد أحمد القباسي: الهزال وعلاجه النفسي، الرسالة- الإلمان ب.ت.

٢- انخفاض الرغبة الجنسية أو البرودة الجنسية (مرأة) أو القلة (الرجل):  
وهذا الانخفاض يظهر في حالات الأرقاء، الأتهيلو، التوراستنيا (العياض) فحرف  
الغريزة أو الإيمان على المخدرات أو تعاطي المهدئات.

٣- الشذوذ الجنسي: ويمكن أن ينشأ عن أسباب متنوعة كالنقد النفسية  
للرويدية، أو الاضطرابات الهرمونية أو تحت تأثير المحيط أو نتيجة للأمراض  
النفسية أو العقلية. والشذوذ على أنواع عديدة نذكر منها:

١- القواطع وهو ممارسة الجنس بين ذكركين.

٢- السحاق وهو ممارسة الجنس بين امرأتين.

٣- شذوذ العمر: وهو عبارة عن اختلاو رفيق جنسي (سوي أو غير سوي)  
من عمر غير مناسب. كأن يكون الشريك طفلاً (pedophilie) أو أن يكون مسناً  
(Gerentophilie).

٤- التفتيشية: وهي تتعلق بالملايس والأكصياء ذات المغزى الجنسي.

٥- الماروشية: وهي عبارة عن الرغبة في التعرض الحظب أثناء الممارسة.

٦- السادية: وهي لذة تعذيب الشريك الجنسي.

٧- الاستمناء: وهو الكفاية الجنسية الذاتية. وتصانف في حالة غياب الشريك  
الجنسي أو عدم توفره. وكذلك لدى الخلقين من السفلس والابز وايضا عند أولئك  
الذين تعرضوا لاحتباط جنسي إضافة إلى الشبقين.

٨- لمان الجنس: وهو عبارة عن ممارسة الجنس دون وجود رغبة حقيقية  
فيه: البغاء، الاجبار، الخوف الخ...

### ٣- لتأثير والانفعالات:

إن الانفعال هو الطريقة الخاصة التي يحش وقها الشخص لصلابه الذاتي لوعيه ونشاطاته. والانفعال يؤثر مباشرة في التوازن العصبي - الهرموني والتوازن العزوي وكذلك في توقع الشخص الذي يحشه.

فالانفعال هو إذا الطريقة النفسية - الفزيولوجية للمعاشاة الذاتية. وتتميز الانفعالات بظهورها المفاجئ، ديمومتها القصيرة ولكن أيضاً حداثتها وتأثيرها على الجسد فهي تؤدي إلى مشاركة الجهاز العصبي - النباتي والجهاز الغدي بشكل مرمق وفعال.

ولا بد لنا من لفت النظر إلى الاضطراب الانفعالي. هذا الاضطراب المتميز بالانتقال السريع من حالة عاطفية إلى أخرى بسرعة. مثل الانتقال المفاجئ من الضحك إلى البكاء، ومثل هذا الاضطراب يصادف في حالات الهستيريا، تثار القلق الانهيازي، حالات العته الناجمة عن الشيفوخة أو عن سوء تغذية الدماغ وكذلك في حالة المصابين بحادث شبيه بصولي Pseudobulbaire<sup>(٨)</sup> حيث يصبح الانتقال من الضحك إلى البكاء عشوائياً ولا يمكن أن نجد له أي مبرر. هذا الوضع الذي يمكن أن يميزه المريض نفسه.

### ٤- العواطف والأهواء:

لذا كانت الفرائز والانفعالات لا تخضع كثيراً لسيطرة الوعي ورقابته فإن العواطف والأهواء تخضع لهذه السيطرة. فالعواطف هي وسيلة التقدير الذاتية

٨- تثار تيمية بصولي Pseudo - Bulbaire: هو تثار عصبي يمتزج فيه الاختلاط العقلي، بدرجة المتطورة، مع مظاهر عصبية معقدة تطلق تولمي الحركة والضغط. وهو يأتي غالباً عقب إصابة شلل تمخي والمصاب به خطورة مميزة (خطورة صغيرة متكررة) - تثار اضطرابات المشية في أصل الفحص الطبي العام.

للشخص. هذه الوسيلة المؤثرة في تلقي الشخص للانطباعات. وهي تعتمد أساساً على تجربة الشخص الذاتية.

والعاطفة هي مرحلة متطورة المعايضة الوجدانية تتجلى بتفاعلات فكرية - مزاجية تعكس الذكاء الاتصالي في تطوره التاريخي - الاجتماعي وذلك من خلال المستوى الاخلاقي، الجمالي والذهني لهذه العواطف. وظهور العواطف يبدأ عادة معقداً، بطيئاً وتكرارياً. وتستمر العواطف عادة لفترة طويلة ولكن تطورها يكون بطيئاً ومعتدلاً. وخلال ذلك فإن العواطف تسبب على الشخصية برمتها.

والعواطف السوية لكي تظهر يجب ان تكون مدعمة بتربية حسية - اخلاقية، تطور طبيعي للدرات الشخص الذكائية وتفكير مترن (هو الذي يحدد العواطف في أغلب الاحيان).

والاضطراب العاطفي يمكن أن يظهر في حالات ولواضع مختلفة، وخاصة في حالات الأمراض النفسية. هذه الأمراض التي تترافق دائماً بالاضطراب العاطفي. أما أنواع الاضطراب العاطفي فهي متعددة نذكر منها:

- ١- الشعور بالدونية وعدم الاكتفاء، لدى مرضى العصاب.
- ٢- الأنانية البالغة الحدة لدى المرضى النفسيين مضطربي الشخصية.
- ٣- الغيرة والاستبداد لدى منمني الكحول.
- ٤- الشعور بالغيرة (الغاية رفض الاعتراف بالوالدين) لدى مرضى فصام الشخصية.
- ٥- الغرور وزيادة تقدير الذات لدى مرضى العظم.
- ٦- إنكار الأنا لدى المعتمدين.



وفي نهاية حديثنا عن الوجدان. نقول بأن تحديد الاضطرابات الوجدانية يقتضي منا أن نقوم بمراقبة المريض لفترة كافية. بحيث ندعه يتصرف على مسجونه ودون أن يحس بأنه مراقب.

ومن أهم الملاحظات التي يجب توثيقها في هذا المجال هي مدى تطابق أقاءات الشخص مع طريقته في الاعراب عنها. إذ قد يخفي المفحوص أفكاراً ضمنية. كما أنه قد يعرض لأمثل هذه الأفكار دون أن يكون مقتنعاً بها.

لما إذا أردنا التعمق في دراسة الوجدان فعندما وجب علينا أن نلجأ لاستخدام المختبرات الشخصية على أنواعها.

## ٢- المعرفة

إن المفهوم النفسي للمعرفة يمثلها على أنها القدرة على وعي مجموعة من المعلومات التي يحويها الحقل العقلي (Champ mental) في لحظة ما. وكذلك فإن المعرفة هي الطريقة التي تنظم وفقاً للمعلومات بحيث يمكن استخدامها في وجوها مختلفة من أجل التكيف مع المحيط والتكامل فيه.

والمعرفة تعتمد على ملكتين أساسيتين هما:

١- الفهم

٢- التعلم.

١- الفهم:

يعتبر الفهم والاستيعاب أولى وسائل التكيف مع المحيط والتكامل فيه. فالفهم هو عبارة عن الصورة الذاتية المعقدة والموحدة التي تحدث في الوعي كمبدأ فكري- مزاجي. وذلك من خلال تمثيل خصائص الأشياء وظواهر الطبيعية التي تمارس تأثيرها دون انقطاع في أدوات الحس (العين، الأذن،... الخ) وبهذا فهي تحدث لحساسات بطلها الدماغ ويركبها بشكل رنود فعل ارتكاسية في القشرة الدماغية.

وهكذا نلاحظ بأن الفهم يتعلق مباشرة بالمزاج، وكذلك بالتفكير. وكذلك نلاحظ بأن طريقة الفهم هي القاعدة التي تساعد على حسن وتبين مفاهيم الزمان، المكان، الحركة وكذلك حالة الجسد.

والحقيقة أن الانعكاس الواضح للعالم المادي في وعينا إنما يرتفع بلرسل هذا العالم للمبهجات التي تستطيع حواسنا أن تفهمها. فالأذن البشرية لا تلتقط من الأصوات الا تلك المتروحة بين (١٦ - ٣٢٠٠٠ Vib/ Sec) والحقل الطلي للإنسان يحتوي على مجموعة من المعلومات والاحساسات الاصلية وعملية الفهم هي كناية عن استقبال المعلومات الجديدة (من خلال اجهزة حسية معقدة متمثلة في الواقع مرحلة من مراحل الفهم. وهو يعتمد على المستقبلات الحسية التي تقسم الى:

أ- مستقبلات حسية- ميكانيكية: وتتمثل هذه المستقبلات بالجلد، المفاصل، العضلات والأغشية المبطننة... الخ.

ب- مستقبلات حسية- كيميائية: وتتمثل في حاستي الشم والذوق.

ج- مستقبلات حسية- كهرومغناطيسية: وتتمثل في حاسة النظر وكذلك الاحساس بالحرارة.

وانتقال المعلومات من العالم الخارجي الى اللحاء الدماغى. يفرض على هذه المعلومات ان تمر عبر شبكة معقدة من الألياف والوصلات العصبية وأثناء مرور هذه المعلومات فلن الجهاز العصبي يقوم بتحويلها. وهذا الانتقال يعتبر بمثابة تنقية لهذه المعلومات ومراقبة الاحساس العصبي القادم الى اللحاء. وتتم هذه المراقبة من طريق الوصلات العصبية المعكوسة (Connexions inverses). ومن شأن هذه المراقبة ان تصحح أخطاء المعلومات الواردة (إذا وجدت مثل هذه الأخطاء).

وعندما تصل المعلومات الى اللحاء تجرى لها هناك عملية ترابط الاشارات (Corrélation des messages) وذلك على شكل مجموعات من الرموز وهكذا

نستنتج بأن القشرة الدماغية تجري وبشكل دائم عمليات تطيل للمعلومات وتركيب الرموز لها.

وفي النهاية تصل المعلومات (بشكل رموز يمثلها اتصال عصبي وتخبرات كيميائية)<sup>(٩)</sup> إلى المركز الرئيسي (المختص بتحليلها وفهمها) الموجود في الدماغ<sup>(١٠)</sup> والذي يحولها إلى أحاسيس مفهومة.

أما عن الطريقة التي يتوصل جهازنا العصبي من خلالها إلى فهم الأشياء فلنا لا نعرف سوى كسماً منها<sup>(١١)</sup>.

وفي النهاية نذكر بأن عملية الفهم لدى الطفل تنمو من خلال تعلمه. فكما تعلم الطفل زادت قدرته على الفهم والاندراك.

أما لدى البالغ فإن عملية الفهم تصبح أكثر تحقيداً فهي تصبح قابلة للتوجيه وللانتقاء.

## ٢- التعلم:

إن عملية التعلم هي ثاني العوامل المحددة للمعرفة. وهذه العملية تعتمد في أساسها على ثلاثة عوامل رئيسية هي:

أ- الجهاز العصبي المركزي: ومدى تطور هذا الجهاز هو الذي يحدد مدى قابلية للتطور ومدى إمكانيات التعلم.

٩ - يوجد الدماغ البشري في حالة من الاختصار الدماغي المميزة بتوازن كيميائي فائق التحديد. وتتغير هذه الحالة بتغيير التفرقات الدماغية. أما التغيرات المشار لها هنا فهي ناجمة عن تحريك الناقلات العصبية - الكيميائية (Medicaments Chimiques) التي تفرز كي تنقل المعلومات من الدماغ وإليه.

١٠ - هذا التحليل يمارح الشكافية تخلص بالسؤال: كيف يصل الدماغ؟

١١ - تمثل شافية الطماء إلى القول باستحالة توصيلها فهم هذه الطريقة. وبعضهم يطرح المسألة على أن الكمبيوتر لا يستطيع أن يرمج نفسه بنفسه.

ب- الظروف العقلية والمادية.

ج- المحيط الذي ينشأ فيه الطفل.

د- العمر الذي يتم خلاله التطعيم.

ولعله من المفيد أن نستعرض مراحل التعلم. وهذه المراحل هي التالية في رأي الطب النفسي<sup>(١٢)</sup>.

١- المرحلة الأولى: الممتدة من سنة إلى ثلاث سنوات. وفي هذه المرحلة نلاحظ أن ملكة الفهم تتطور بشكل إجمالي ولولي. وذلك بحيث تنحصر عملية الفهم في نطاق الأشياء البسيطة، الثابتة والمعروضة أمام الطفل بشكل دائم.

٢- المرحلة الثانية: وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث إلى ست سنوات. وخلال هذه المرحلة نلاحظ توسعا في عملية الفهم بحيث يبدأ الطفل بامتلاك القدرة على إدراك المفروقات المختلفة للمعلومات المستقبلية. وكذلك فإن طفل هذه المرحلة يميز بين الأشكال وكذلك بين الألوان. ولذا يجب الانتباه إلى أن الطفل يبدأ في هذه المرحلة بإدراك هيمنة المجرّد (التجريد) وتفوقه.

إلا أن مفاهيم الزمان والفضاء لدى هذا الطفل تبقى مفاهيم غامضة وغير ثابتة إلى حد بعيد.

٣- المرحلة الثالثة أو المرحلة المدرسية: الممتدة من سن ٦ سنوات إلى عشر سنوات. وهذه المرحلة تعمل معها تطورا ذهنيا ملحوظا تقبلي لولي مظاهره بدقة الملاحظة. حيث نلاحظ كثرة الأسئلة والتساؤلات لدى الأطفال في هذه

١٢ - هذه المراحل مبنية على أساس مراقبة النمو العضوي النفسي للطفل. حيث وضع الطب النفسي جدولاً متعدد علام هذا العمر في كل مرحلة عمرية. لتتفق نظره: محمد احمد الجابلي: تكاء الرضيع، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

المرحلة. كما يلاحظ لدى أولاد هذه المرحلة اتساع دائرة الإحساسات. هذا الاتساع الذي يتوج بهيمنة حاسة البصر على بقية الحواس.

٤- المرحلة الرابعة أو مرحلة البلوغ: وتشهد هذه المرحلة تنامياً ملحوظاً في مختلف القدرات الحسية وخاصة البصرية منها. وأثناء هذه المرحلة تصبح عمليات الفهم متسمة بالحيوية وبالمعيشة الوجدانية القوية.

كما أن مرحلة البلوغ سمة مميزة فيها يعيش الولد مركزاً على حاضره ومهتماً به. وذلك دون التفكير في الماضي أو في المستقبل.

٥- مرحلة المراهقة: وتشهد هذه المرحلة تنامي الولد وبدلية نضجه. وبالطبع فإن ملكات الفهم والقدرة على التقاط تولكان هذا التطور الذي يبلغ مداه في نهاية هذه المرحلة وذلك بحيث يتركز نمو ملكات الفهم في الاتجاهات والميادين التي يختارها المراهق. أي التي تلائم مزاجه.

ولكن ملكات الفهم تبدأ بالتفاعل تدريجياً مع تقدم الإنسان بالسن ومع القربان من سن اليأس (بالنسبة للمرأة) ومن القصة الرجولية (class viri) بالنسبة للرجل. وهذا الانخفاض في ملكات الفهم، بسبب السن، يتبدى من خلال انخفاض القدرة على تحليل المعلومات الواردة. وفي أقصى حالاته فإن هذا الانخفاض يصل إلى حد الخرف.

### ٣- اضطرابات الفهم:

في الواقع أن هناك بواضع عديدة لاضطرابات الفهم. ومن الملاحظات التي سجلها العلماء أن الحرمان الحسي المتمثل بعدم استعمال الحواس (كما في غسيل الدماغ) أو الإمتناع عن استقبال المعلومات لمدة معينة (الحصى أو الصمم الهستيرى... الخ) من شأنه أن يؤدي في النهاية إلى اضطراب ملكات الفهم.

ونطلقاً من هذا المبدأ تنشأ اضطرابات النوم لدى رجال الفضاء بعد عزلهم في غرف منفردة معدة للتمرين على قنابل الجاذبية أو لدى البحارين الذين يقومون منفردين برحلات بحرية طويلة الأمد. وأخيراً فإن الحرمان الحسي هو الأسس الذي تعتمد عليه عمليات غسل الدماغ ولها كيان سبب اضطراب النوم فإن لهذا الاضطراب أنواعاً عديدة هي:

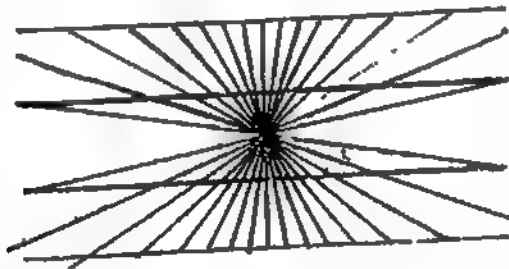
أ- التهيج الحسي (Hyperesthésie): ونعني به الحساسية المبالغة، وتهيج الحواس المستقبلة للكثرة. وهذا التهيج ممكن أن يعم عدداً من أنواع الحس أو أن يتركز على أداة واحدة منها (الجلد عادة). وحالات التهيج الحسي ممكن أن تنشأ نتيجة لتعاطي المهيجات (قهوة، أعشاب، قات، كوكايين،... الخ) أو نتيجة لوجود أمراض نفسية معينة مثل التورماتيا، عصاب القلق... الخ).

ب- الهبوط الحسي (Hypoesthésie) ونعني به انخفاض الحساسية المؤدية إلى تباطؤ ملكات النوم. وذلك نتيجة ليهبوط قدرة أنواع الحس على استقبال المعلومات. وهذا الانخفاض في الحساسية يمكن أن يعود في أسبابه إلى حالات نفسية مرضية مثل الانهيار، الأرق، النفسي، الاستنفاد الجسدي أو السهر... الخ، كما يمكن أن ينجم انخفاض الحساسية عن أسباب غذائية (كشم، سوء تغذية... الخ).

ج- قنصل الإحساس (Anesthésie): ونعني بها حالة انقطاع أنواع الحس عن استقبال المثيرات الواردة إليها والمعروضة أمامها. وهذا الانقطاع ممكن أن ينجم عن الأمراض العصبية أو عن الأمراض النفسية مثل العصاب الهستيرى (عص، مثل... الخ) كما أن هذا الانعدام ممكن أن ينجم أخيراً عن بعض الأمراض العقلية مثل بعض حالات التخلف العقلي أو الاختلال العقلي.

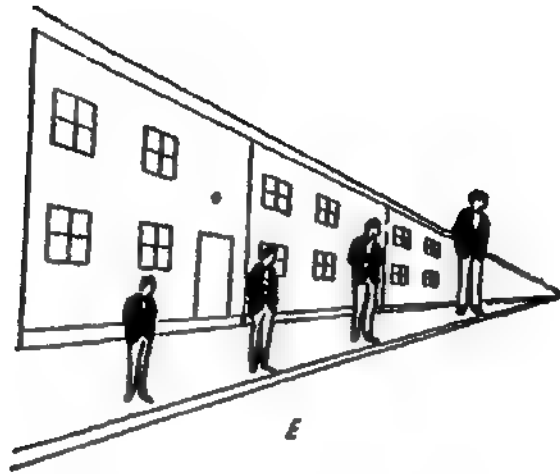
هذا ويعتبر العالم يوجين مينوكوفسكي E. Minkowski<sup>(١٢)</sup> بأن هنالك نوعاً خاصاً من حالات فقدان الحس. وهي حالة فقدان الحس النفسية المتجلية بشل التفاعل الوجداني والمزاج. وذلك بحيث يعجز المريض عن انتقاء الاجابة الملائمة لما يعرض عليه من أسئلة (بسبب العجز عن استقبال السؤال وبالتالي فهمه). ويعتبر هذا العالم بأن الشلل النفسي للفهم ممكن أن يحدث في حالات نفسية متنوعة مثل الألم المعنوي، الشعور بالذنب، الانهيار، الكآبة... الخ.

د- الأوهام (Illusions) والوهم هو الفهم المشوه للأشياء. بحيث تفهم الأشياء على غير حقيقتها. ومثل هذا التشويه ممكن أن ينشأ عن أسباب عديدة متنوعة مثل التعب الجسدي أو الفكري أو نتيجة الإصابة بمرض نفسي. وتشويه الفهم يأتي ليعكس اضطرابات الدماغ أو ليعكس الإحساسات المرضية التي تشجعها حالة الاضطراب النفسي. ولعل الفضل مثال نعطيه على الأوهام هو ذلك المتمثل في الصورة التالية:



وتعرف هذه الصورة بوهم Hering حيث تبدو لنا الخطوط الأفقية وكأنها مقوسة، مع أنها أفقية تماماً، وهم التقويس هذا إنما ينشأ عن الخطوط الموجودة في مركز الصورة.

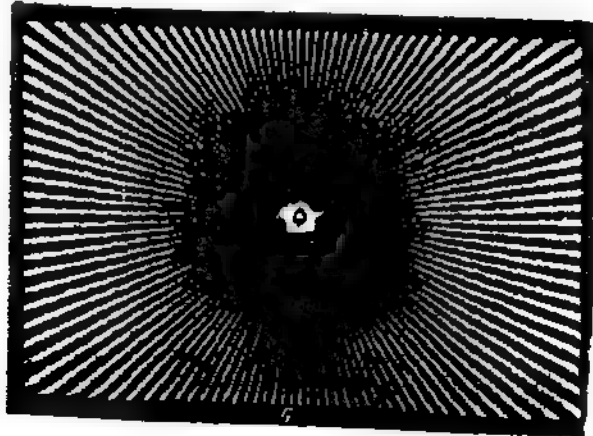
لدى مرابعتنا للصورة فلننا سوف نلاحظ ونتأكد بأن الخطون الوسطيين هما أفقيان تماماً ودون أي انحناء فيهما.



في هذه الصورة نرى أربعة أشخاص لهم نفس الطول والحجم. ومن الواضح أن احترام للرسم لتضيق المبني في نهاية الشارع يجعل هؤلاء الأشخاص يبدوون أكبر حجماً من اليسار إلى اليمين.

ويمكننا تقسيم اضطرابات الفهم الواهمة إلى:

أ- الأوهام ما حول المنطقية: أو الـ (pareidole) كما يسميها العالم جاسبرز (Jaspers). وينتشر هذا النوع من الأوهام لدى الأطفال والأولاد. وكثيراً ما يكون للبائع عليها تحقيق لطفل برسوم مقفلة مثل الصلاة مثلاً أو في الألعاب النقية. ولناخذ مثلاً على ذلك الصورة التالية:





وتعرف هذه الصورة بصورة اشعاعات (Mac-Kay) وهذه الصورة تبرق بشكل غريب إذا ما حلقنا فيها بضعة ثوان. وإذا ما حدث وأن نظرنا بعد ذلك إلى حائط عار فإننا سنلاحظ وكأن على الحائط ألوانا من حبات الأرز المتساقطة بشكل عمودي (على اشعاعات الصورة). وهذا الوهم البصري يعود إلى اضطرابات في بعض الألياف العنقية أو إلى تهيج المستقبلات العنقية في قزحية العين. وربما نتخلت أسباب عصبية أخرى لتؤدي إلى هذا الوهم. ومن تجربتنا الخاصة فإن من شأن هذه الصورة أن تشجع ظهور التوبة الصرعية لدى بعض مرضى الصرع.

كما يمكن أن تنشأ هذه الأوهام نتيجة الإصابة بالالتهابات، التسمم، رضوض الجمجمة، الصرع، الخبل، أو الذهان الحظي... الخ.

ب- أوهام التحوير النفسي (Métamorphopsy) وهذه الأوهام هي عبارة عن اضطراب فهم الأشياء في الفضاء. بحيث يمكن أن يرى المريض الأشياء أكبر من حجمها الحقيقي (Macropsy) أو أصغر منه (Micropsy) أو من الممكن أن يراها أقرب أو أبعد، أطول أو أقصر عما هي في حقيقتها. كما يمكن لأوهام التحوير أن تشبه الصورة ككل.

وهذه الأوهام يمكن أن تنشأ نتيجة للاضطرابات البصرية، قلة الأذن أو دهليزها، التسمم رضوض الجمجمة، إيمان المفدرات المسببة للهلوسة، الصرع وأخيرا ذهانات الشيخوخة.

ج- التعرف الخاطئ على الأشخاص: وتتجلى هذه الأوهام عن طريق إيمان المريض مثلاً بأنه يعرف شخصاً، تعرف إليه حديثاً للمرة الأولى، منذ فترة طويلة. بل وأحياناً يهيا للمريض بأن هذا الشخص ما هو إلا صديق أو قريبه القلبي.

ومثل هذه الأوهام تكثر لدى المسلمين بالهوس، الخبل، تناثر كورسكوف (Korsakov) <sup>(١٩)</sup> أو في الاختلال العقلي الناجم عن التقدم في السن.

د- أوهام المزوجة: كما يسميها العالم (Capgras) وتظاهر هذه الأوهام بأن يخلط المريض بين انسان وآخر يشبهه، ولو قليلاً، ويتصرف معه على غرار تصرفه مع الآخر (الخائب). والحقيقة أن أوهام المزوجة تحصل غالباً لدى مرضى الفصام، البارافويا (العظام)، أو الفصام الهذلي (Paraphrénie).

هـ- الأوهام الناجمة عن تناثر القَصَّة <sup>(٢٠)</sup> - الصفة الحركي - الخرسى (Syndrome Agnose - Apraxo - Aphasique) وهذا التناثر كما يُستشف من اسمه يجمع ثلاثة أنواع من مسببات اضطراب الفهم. ومن الممكن أن تقتصر الأوهام على واحد أو أكثر من هذه المسببات ولذلك قد رأينا أن نعرضها كلا على حدة:

أ- غفنه وهو فقدان قدرة الشخص على فهم المنبهات الحسية التي تنقلها له حواسه فهو يرى الأشياء على غير حقيقتها. والغفنه بدوره ينقسم إلى عدة أقسام:

\* عدم قدرة الشخص على القراءة (Alexie).

\*\* يستطيع التعرف على الشيء ويصفه بشكل جيد ولكنه لا يعلم لماذا يُستعمل

هذا الشيء وينمى طريقة استعماله (Astéréognosie).

١٤- تناثر كورسكوف (Syndrome Korsakov): هو تناثر خطي يظهر عقب الكحول المزمن، وأيه

يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخاطئ في الإحياء والتهاب نهايات الاعصاب - لتتمنى  
تظهر أصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - فترة الاضطرابات المصاحبة لتسمم الكحول.

١٥- الصفة (Agnosie): هو فقدان القدرة على فهم المنبهات الحسية. لها الصفة الحركي (Apraxie) فهو

فقدان القدرة على القيام بالحركات المتعاقبة مثل إمس الخباز أو الأكل والتسريح... الخ من المهام  
الحركية البسيطة التي تتضمن تناسق عدة حركات وتسلها.

\*\*\* يقدر الشخص القدرة على تحديد مكان أعضائه. فلا يستطيع مثلاً أن يلمس على أنفه. (Autotopoagnosie) أو تلتار بيك<sup>(١٦)</sup> (Pick).

٢- لا عمه الحركي: ويتجلى بعدم القدرة على استعمال الأشياء أو عدم القدرة على الكتابة مثلاً (Apraxie).

٣- اضطراب النطق (الخرس): وهو عبارة عن عدم القدرة على تسمية الأشياء بأسمائها. واضطرابات النطق تقسم بدورها إلى عدة أنواع:

\* عدم القدرة على فهم الكلام والكتابة (Aphasie Réceptive).

\*\* يتكلم كثيراً ولكن كلمات غير مفهومة (Jargono - Aphasie).

\*\*\* يستخدم من وقت لآخر كلمات غير مفهومة (Paraphasie).

وفي نهاية حديثنا عن هذه الاضطرابات العصبية لا بد لنا من ذكر حالة الأطفال الذين يعانون صعوبات في النطق مصحوبة بمظاهر شلل ذات منشأ دماغي وتسمى هذه الحالة بالـ (Aphasolde).

### ٣- للتصور

يعتبر التصور بمثابة حالة ذاتية للوعي. ويتجسد التصور على شكل صور واضحة ومحددة للأشياء أو للأحداث التي شهدتها الشخص سابقاً والتي لم تستقبلها حواسه بشكل موضوعي.

١٦- تلتار بيك (Syndrome Pick): يبدأ لدى النساء خاصة بين ٥٠ و ٦٥ سنة ويتطور ببطء. ولدى استمراره تظهر أعراض العته - للتحقق تقرر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية. المنشأ - فترة الاضطرابات العقلية المعالجة للشيفوخة.

على أن بعض الطماء ومن بينهم جايش (Jaensch) يعرفون التصور على أنه القدرة التي يتمتع بها بعض الأشخاص. والمتمثلة بقدرة هؤلاء الأشخاص على معلومة رؤيتهم للأشياء التي كانوا قد رآوها سابقاً.

وفي الحالات الطبيعية نلاحظ دائماً وجود علاقات تصورية - مزاجية (وجدانية) وعلاقات تنقيب - خيال وذلك تبعاً لأنماط الحياة العملية. فمن الملاحظ بأن التصور يكون متطوراً وحاداً لدى الفنانين. إذ إن بعضهم يرى لو يسمع عمله قبل أن يخلقه. هذا مع التأكيد بعدم وجود أية علاقة مؤكدة وموضوعية لتفسير التصور وترابطه بالواقع العلمي أو العملي. ولعل أوضح هذه العلاقات هي ما أثبتته العالم أ. ر. جون بأن التصور إنما يعود لسيطرة العوامل الداخلية<sup>(١٧)</sup> على الوعي.

وإذا كنا في مجال الحديث عن التصور فلا بد لنا من ذكر ما يسمى بالذاكرة التصويرية (mémoire Eidetic) وهي كلفة عن القدرة على استحضار الصور وتخيل تفاصيلها. أما التصور التصويري (Eidetisme) فهو القدرة على استحضار الصور وإضفاء بعض التفاصيل (غير الموجودة أصلاً في الصور) عليها. ويعرف العالم (Jaensch) هذا التصور على أنه تصور متطور وحاد بحيث يعيشه الشخص وكأنه الواقع الراهن. أما العالم مورغ (Mourgue) فيعتبر التصور التصويري بمثابة اضطراب، من نوع خلص، يظل إحساس الشخص ويتميز بالهلوسات المتجاورة (Hallucinations - Limitrophes). على أن الذاكرة والتصور التصويري يكرنان متطورين لدى الأولاد لغاية بلوغهم من الثانية عشرة. وبعد هذه

١٧- أثبت العالم أ. ر. جون E.R. John بأن سيطرة العوامل الداخلية (فكرات محزنة مخزنة في الذاكرة) تجعل الشخص يعيش هذه الفكريات. بحيث يعجز الشخص عن تخطي واقعها بشكل منطقي. وكان هذا العالم قد أجرى تجاربه على القبط وخلص إلى نظرية عمل الدماغ وفق الأسس الاصطناعية. محققاً بذلك تقدماً هاماً في معرفتنا لكيفية عمل الدماغ البشري. التمتع في هذا الموضوع انظر مقالة كيف يعمل الدماغ في مجلة الثقافة النفسية، العدد الأول، ١٩٩٠.

لننلاحظ بأن الذاكرة التصويرية تبدأ بالقبول. أما التصور التصويري فانتا نلاحظ بأن نمو القدرة المنطقية لدى الأولاد في هذه السن يؤدي إلى الحد من هذا التصور وإلى عقنته.

إلا أن الذاكرة والتصوير التصويريين قد يستمران مدى الحياة لدى الناس الذين يكثرون من الاعتماد على خيالهم كالفنانين مثلاً. فاستحضار الصور هو أمر طبيعي وغير مرضي لدى الرسامين مثلاً. وكذلك فقد لاحظنا أن الذاكرة التصويرية قابلة للنمو من جديد بعد ذبولها. فأتقاء دراستنا لبعض الشباب المحاربين، في الحرب اللبنانية<sup>(١٨)</sup> لاحظنا بأن هؤلاء يستحضرون وبندقة (ذاكرة تصويرية) صور رفاههم في السلاح وتفاصيل المعارك. كما كان هؤلاء أحياناً يتصورون (تصور تصويري) بأنهم يرون القائد لو يسمعون صوته أو... الخ. والحققة أن نمو هذه الذاكرة (التصويرية) وتطور التصورات المرضية هما النتيجة الطبيعية للتهديج الحسي الفائق (أصوات، صور عقلية، مشاهد تملأ... الخ) وغير المعادي وكذلك نتيجة المشاركة العاطفية الحادة (درجات تصوى من الخوف، التعامل مع الموت، الانسحاق على القتلى... الخ). وهنا لا بد لنا من التذكير بأن هذه التصورات الحسية (sensations) تختلف تمام الاختلاف عن المظاهر الذهنية<sup>(١٩)</sup>. وبالتالي فقله من الخطأ اعتبارها كذلك والتعجيل في وضع تشخيص القصاص لهؤلاء الشباب.

لما في حال كون التصورات التصويرية غير مترافقة بالتهديج الحسي فمن الممكن أن تعكس القصاص، الخجل، الانهماك المبكر أو الصرع أو الخوف البالغ من

١٨- الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الفكر.

١٩- لدى الدليل الأمريكي للاضطرابات العقلية بتد التعريفات المعيرة. وفي رأينا الشخصي أن الحالات المذكورة أعلاه تشكل مثلاً أساساً للاضطرابات الذهنية العبرة. فاصح أن مشأ الأوامر في هذه الحالة هو التهديج الحسي وليس الخجل. لكن المريض يبقى عجزاً عن التحكم في هذه الأوامر في كلتا الحالتين.

الموت. وهكذا نرى بأن التصورات، التي ما هي إلا انعكاس لأشياء مصبوسة سابقاً و تتميز بالاستمرار والديمومة، ممكن أن تصبح مرضية. وذلك حين تصل هذه التصورات إلى مرحلة يفقد معها الشخص قدرته على نقد محتواها، أو يرفض الاعتراف بإمكانية عدم وجود التفاصيل المتخيلة. وفي مثل هذه الحالات تصبح هذه التصورات مرضية، كما قلنا، وعندها يطلق عليها اسم الهلوسات (Hallucinations).

ويجمع المشتغلون بالطب النفسي على اعتبار هذه الهلوسات بمنزلة الهذيان. وهي بالتالي تدخل في نطاق اضطرابات الفهم إلى جانب كونها اضطرابات تصور.

ويختلف العلماء في تقسيم الهلوسات لذا رأينا أن نعتد التقسيم التالي:

#### ١- الهلوسات الحقيقية

ونقسم بدورها إلى:

أ- هلوسات متعددة الإحساسات (سمعية، شمعية، بصرية، لمعية وذوقية).

ب- هلوسات متعلقة بالإحساس الذاتي للجسد: وتسمى أيضاً بهلوسات الأعضاء (وتتعلق بالإحساس العام بالجسد، أو بالإحساس التبادلي أي بالأعضاء التي يتركزها الجهاز العصبي التبادلي بما فيها الحساسية الجنسية - التناسية).

ج- الهلوسات المتعلقة بالأحاسيس العميقة بالحركة.

#### ٢- الهلوسات الناجمة عن اضطراب الفهم والتلقي.

ويختلف العلماء في تسمية هذه الهلوسات فسميها بيلارجير (Baillarger) بالهلوسات النفسية - الحركية. أما بيتي (Pctit) فسميها بالتصورات الذاتية غير المفهومة. كما يسميها العالمان كاندنسكي (Kandinski) وكليراسبو (Clerambault) بأشياء الهلوسات (Pseudo - Hallucinations). وهذا النوع

من الهلوسات يختلف عن الهلوسات الحقيقية من حيث أنه يعكس اضطراباً نفسياً داخلياً وليس خارجياً (متميزاً باضطراب فترة الحواس على الفهم والتلقي) فالمريض يرى ويسمع هذه الهلوسات ولكن بأذن وبعين عقله. وغالباً ما تحدث هذه الهلوسات كردة فعل (تشبه الصدى) أمام تركيز التفكير على موضوع أو حادثة معينة.

#### ٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك

إن توجيه وتكامل السلوك يعتمد على ثلاث وظائف هي: أ) الانتباه، ب) الذاكرة، ج) الخيال. ومن الطبيعي القول بأن تغير واحدة أو أكثر من هذه الوظائف من شأنه أن يحدث تغيراً في سلوك الشخص وكأفة لسان آخر غير الذي نعرفه. ولنتأمل كل وظيفة من هذه الوظائف على حدة ونبدأ بـ:

##### أ- الانتباه:

إن الانتباه هو عبارة عن وظيفة نفسية تركيبية تتجلى من خلال تنشيط وتقوية وتحريك، وتوجيه إتقائي وتركيز يوروي العلاقات النفسية السلوكية. وذلك بهدف الوصول إلى فهم ممتاز بأقصى حدود التكامل والسهولة. وكذلك إلى القدرة على التكيف الفعال للهدف إلى التحديد الذاتي للأنشطة وتقسيم العطاء الانتباه إلى ثلاثة أقسام هي:

١- الانتباه التلقائي أو اللاإرادي.

٢- الانتباه الإرادي.

٣- الانتباه ما بعد الإرادي.

لما اضطرابات الانتباه (Dysprosexies) فهي يمكن أن تطلق الانتباه الإرادي أو الارادي وهي تقسم إلى:

١- ارتفاع القدرة على الانتباه (Hyperprosexie).

٢- انخفاض القدرة على الانتباه (Hypoprosesie).

٣- فقدان الانتباه (Aprosesie).

ب- الذاكرة:

الذاكرة هي مجموعة النشاطات الفكرية المؤدية إلى الحفظ والتذكر. وذلك من خلال القدرة على التعرف أو على إحداث التجارب السابقة للشخص.

واضطرابات الذاكرة تنقسم إلى أنواع عدة هي التالية:

١- زيادة القدرة الفكرية (Hypermnésie).

٢- نقص القدرة الفكرية (Hypomnésie).

٣- فقدان الذاكرة (Amnésie) الجزئي أو الكلي وينقسم إلى:

أ- فقدان الذاكرة الرجعي (Amnésie Retrograde).

ب- فقدان الذاكرة التقدمي (القدرة على الحفظ) (Amnésie Anterograde).

٤- اختلالات الذاكرة وتنقسم إلى:

أ- التعرف الواهم على الأشياء المجهولة.

ب- عدم القدرة على التعرف على الأشياء المألوفة.

ج- الذاكرة الموسوعية الشاذة. (تذكر عدة أشياء دفعة واحدة).

د- التهيؤات الفكرية وتختلف عن الكذب من حيث أن الشخص يعتقد فعلاً بحدوثها.

هـ- إعادة إحياء الماضي (Ecnmésie).

و- إختفاء الذكريات (Criptomnésie) (يحيث ينسى المريض اسم مخترع

آلة ما يعتقد بأنه هو الذي اكتشفها).



### ج- الخيال:

إن الخيال هو عبارة عن خلق مخططات ومشايخ عملياتية مختلفة عن الواقع العملي الذي يعيشه الشخص. فالخيال هو إناء عبارة عن عملية إعادة ترتيب لعناصر الواقع تجري خلالها عمليات تبادل لألوان بين المعنى والمعنى.

واضطرابات الخيال على أنواع نستطيع تلخيصها بـ:

١- انخفاض القدرة على التخيل: وتنتج عادة عن اضطراب التفكير وهي قد تكون دائمة كما في حالات التخلف العقلي، العته وحالات الخبل... الخ. كما يمكن أن يكون هذا الانخفاض عابراً كما في حالات الانهيار وبعض حالات الصرع... الخ.

٢- تنامي الخيال: ويمكن أن يحصل هذا التنامي بشكل تدريجي ليوذي في النهاية إلى تشويه الواقع. وسيطرة الخيال هذه ممكن أن تكون دائمة ومصاحبة للتغيرات الفيزيائية في حالات مثل التصلب العصائني، الامتياز... الخ. كما يمكن أن تكون هذه السيطرة عابرة وهي تكون طبيعية لدى الفنانين وأصحاب المهن المعتمدة على الخيال.

### ٥- العمليات المؤدية إلى ترايط السلوك

لكل نمط من أنماط السلوك ألياته المتحكم به. ومواء لكائن هذه الأليات تابعة من العقد الجنسية أو من الصدمات العاطفية أو غيرها فهي في النهاية خاضعة لتأثير أربع عمليات ذهنية هي: (أ) التفكير، (ب) اللغة، (ج) الكاء، (د) الإرادة ونبدأ بـ:

#### أ- التفكير:

إن التفكير هو أرقى العمليات الذهنية والوظائف النفسية على الإطلاق، فمن خلال التفكير تتم عمليات تكامل وإعادة صياغة المعلومات التي تتيج لنا معرفة

الحقائق الخارجية والداخلية. والتفكير هو الذي يتيح لنا قدرة الانتقال من درجة معرفة معينة إلى أخرى أرقى منها. وهو الذي يتيح لنا الانتقال من الظاهري إلى الأساسي.

مما تقدم نستنتج بأن هذه العملية الذهنية المسماة بالتفكير تعتمد في أساسها على مجموعة التفرعات الذهنية للعقل من اقتناء وذكرى ومزاج وتفاعل... الخ.

أما اضطرابات التفكير فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

١- اضطراب مجرى التفكير ويمكن أن يكون:

أ- تسارع أو تباطؤ التفكير (اضطراب سرعة التفكير).

ب- اضطراب مجرى التفكير وتأثيره.

٢- اضطراب محتوى التفكير ويمكن أن تكون:

أ- اضطراب كمي (مثل فقر التفكير).

ب- اضطراب نوعي للتفكير (عدم الترابط، الأفكار المرضية، الترابط غير المنطقي، الربط الألفي - السطحي للأفكار، الترابط الموجه (مثل حالة التتويم المغناطيسي)، اجترار الأفكار... الخ).

ج- عدم التفكير.

٣- اضطراب التفكير باجماله ويقسم إلى:

أ- اضطراب في تقييم ومنطقية الأفكار (الأفكار المسيطرة على الوعي، الوساوس القهرية، الأفكار الهذلية... الخ).

ب- اضطراب عمالية التفكير. ويقسم إلى علير وقليل الشفاء ودائم كما في حالات توقف النمو الفكري أو في حالات العته.

## ب- اللغة:

يميل بعض الباحثين إلى تقريب العلاقة بين اللغة والتفكير لدرجة الخلط بينهما ومطابقتها مطابقة تامة. ولكننا نعارض هذه المطابقة انطلاقاً من المسئلة القائلة بأن الفكرة تكون دائماً أكثر دينامية من معناها اللغوي. وعلى هذا الأساس بنى العالم جاك لاكان نظريته الشهيرة.

وإذا أردنا أن نعرف اللغة أمكننا ذلك على النحو التالي: إن اللغة هي إحدى أعتد الوظائف النفسية الخاصة بالإنسان. والتركيب اللغوي (ترتيب الكلمات) يهدف إلى نقل الأفكار للتعبير بعد أن قام الفكر بإعادة صياغتها.

من خلال هذا التعريف نلاحظ الرابطة الوثيقة بين التفكير واللغة. ولكن وثوق هذه الرابطة يجب ألا يدفعنا للخلط بينهما. فكم من اضطراب ينال للتفكير دون أن يؤثر في القدرة اللغوية للشخص والعكس صحيح.

ونحن لو أردنا القيام بتحليل اللغة لوجدنا أنها تعتمد على:

أ- الإشارة (Signe): وهي عبارة عن مجموعة من الاصطلاحات اللفظية أو الكتابية التي يرمز فيها بالكلمات.

ب- المعجم (Lexique): وهو كناية عن مجموعة الكلمات التي تحويها لغة ما.

ج- الدلالة (Semantique): وهي كناية عن علاقة تقومها اللغة بين المعنى (الشيء) والمعنى به (الكلمة). على أن تصور الدلالة اللغوية في كافة اللغات هو منبع عجز الكلمات عن التعبير عن الأشياء. وهذا ما يدركه الأباء والمحللون النفسيون بشكل رئيسي.

د- القواعد والنحو (Syntaxe): وهو عبارة عن مجموعة العلاقات التي تحدد مواقع الكلمات وطرائق لفظها وأيضاً طرائق تركيب الجمل.

إذا أردنا تحديد اضطرابات اللغة فإنها تنقسم على النحو التالي:

١- اضطرابات الكلام وتنقسم إلى:

أ- اضطرابات شكلية وتنقسم بدورها إلى:

١- اضطرابات كمية (الترثرة، كثرة الكلام، قلة الكلام، الخرس أو العجز عن الكلام وأخيراً الخرس أو الصموت الإرادي كما في حالات الاحتجاج، الانهيار والجمود النفسي - الحركي).

٢- اضطرابات تواتر الكلام (سرعة الكلام، بطؤه وعدم انتظام سرعة الكلام).

٣- نبرات الكلام: ويمكن أن تكون عالية أو خفيفة، مزاجية أو متكلفة... الخ.

ب- اضطرابات صوتية وتنقسم إلى:

١- اضطراب ترابط الكلمات ويمكن أن تطلق الكلمات، الجمل، اللغة وكذلك الدلالات اللغوية كما في حالة انفصال عندما يلفظ المريض كلمات يقصد من خلالها التعبير عن دلالات غير دلالاتها الأساسية.

٢- اضطرابات اللفظ ويقصد بها التأتأة على أنواعها وعدم القدرة على لفظ حروف معينة أو صعوبة هذا اللفظ.

٢- اضطرابات الكتابة وتنقسم إلى:

أ- اضطراب التشاط الكتابي (سرعة تحول الكتابة إلى خربشة أو بطء مبالغ به ينعكس الخواء الفكري).

ب- اضطراب هيئة الكتابة (استعمال الحروف الصغيرة أو الكبيرة أو الاثنين معاً في كلمة واحدة).

ج- اضطراب تبويب الكتابة (موقع الكتابة في الصفحة الذي يمكن أن يكون غير مرتب أو غير مألوف).

د- الأخطاء الإملائية والقواعدية.

٢- فقدان القدرة على الكتابة ولاد سبق عرضها.

ج- الذكاء:

الذكاء هو ملكة المعرفة والفهم. وهذا التعريف ليس الوحيد الذي يعرف الذكاء. بل إن هذه التعريفات عديدة ولكن أياً منها لم ينجح في تعريف الذكاء تعريفاً والياً. ومن هذا القصور في فهم وتعريف الذكاء ينبع قصور قياسات الذكاء على أنواعها. ذلك أن هذه القياسات لا تعطينا دائماً نتائج متطابقة مع الواقع. ومن مظاهر عدم المطابقة هذه نذكر بأن هذه القياسات لا تستطيع أن تفسر لنا الفروق الأكاديمية بين الطلاب، بمعنى أن الطالب الحاصل على نسبة ذكاء أعلى لا يكون بالضرورة متفوقاً دراسياً على بقية زملائه. والعكس صحيح.

وعلى أية حال فإن قياسات الذكاء تحاول قياس العمر العقلي للمفحوص وتقارن هذا العمر بعمره الزمني بحيث يكون حاصل الذكاء مساوياً لـ  $\frac{\text{العمر العقلي}}{\text{العمر الزمني}} \times 100$  فإذا كان نمو الذكاء طبيعياً، بمعنى أن العمر العقلي يساوي العمر الزمني، فإن حاصل الذكاء يكون مساوياً لـ 100.

أما عن اضطرابات الذكاء المرضية فيتم تصنيفها على النحو التالي:

١- إذا كان حاصل الذكاء تحت لـ 70 فإن هذا يعكس تأخر النمو العقلي، ونسبة هؤلاء 3%.

٢- إذا كان حاصل الذكاء مرلوحاً بين 70 - 79 فهو يعكس تكتي الذكاء ونسبة هؤلاء 6%.

٣- إذا كان حاصل الذكاء مرلوحاً بين 80 - 89 فهو يعكس ذكاء دون الوسط ونسبة هؤلاء 15%.

٤- إذا كان حاصل النكاه مرلوهاً بين ٩٠ - ١٠٩ فهو يعكس نكاه متوسطاً ونسبة هولاء ٤٦٪.

٥- إذا كان حاصل النكاه مرلوهاً بين ١١٠ - ١١٩ فهو يعكس نكاه فوق المتوسط ونسبة هولاء ١٨٪.

٦- إذا كان حاصل النكاه مرلوهاً بين ١٢٠ - ١٣٩ فهو يعكس نكاه متوقفاً ونسبة هولاء ١١٪.

٧- إذا كان حاصل النكاه فوق ١٤٠ فهو يعكس النكاه الممتاز ونسبة هولاء ١٪.

#### د- الإرادة:

الإرادة هي الوظيفة النفسية التي يتم من خلالها إحداث وتحقيق المقاصد.

ويتم ذلك من خلال التنظيم الفاعل للتشكلات والقرارات القدرية (Décisives).

والعالم مودسلي (Maudsly) يعتبر أن الإرادة هي أقوى وأسمى قوة لأمره لاستطاعت الطبيعة أن تنتجها لغاية الآن.

ولخيراً فإن الطب النفسي يقسم الإرادة إلى قسمين كبيرين هما:

(١) الإرادة الوازنة و(٢) الإرادة المضربة أو الدافعة. والحققة أن ممارسة أي فعل إرادي تقتضي ممارسة النوعين معاً.

أما بالنسبة لاضطرابات الإرادة فيمكننا تقسيمها على النحو التالي:

أ- تضخم الإرادة ويمكن أن تكون مرضية (للذهان على أنواعه) أو طبيعية وفي هذه الحالة تتركز قوة الإرادة في ناحية معينة.

ب- ضعف الإرادة ويمكن أن تكون علما (في حالات العصاب، التخلف العقلي والافتياج حيث ينبع ضعف الإرادة من عدم القدرة على التركيز) أو انتقائية كما في حالات الرهاب (المخوف) والوساوس.

ج- انعدام الإرادة وغاؤها: وهي اضطراب خطير للإرادة. ومثل هذا الاضطراب نصادفه في حالات الانهيار العصبي الذهني، القصام، التخلف العقلي للحاد وحالات العته المتقدمة.

د- التهاكس الإرادة: وتتجلى بضعف الإرادة التي يمكن أن تنجم عن ثلثية المواقف أو عن القصام أو عن أي اضطراب بضعف الإرادة من طريق تشنول المواقف المتضاربة بشكل يشل الإرادة.

## **الفصل الرابع**

### **أساليب الفحص النفسي**

- ١- صفات الفاحص
- ٢- طريقة الدنو من المفحوص.
- ٣- مواقف الفاحص من المرضى للمحتاجين.
- ٤- مبادئ الفحص النفسي.
- ٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي.





إن ما نقصده بالفحص النفسي هو مجموعة الخطوات التقنية المؤدية إلى تحديد مدى توازن الشخصية ومدى الخلط للطرفين على هذا التوازن. من هنا فإن الفحص النفسي في رأينا هو مجموعة الخطوات التي نستطيع أن نساعدنا على تحديد خمسة متغيرات في شخصية المفحوص ونطلي بها:

- ١- التعرف على اضطرابات الشخصية في حال وجودها.
- ٢- تحديد هذه الاضطرابات وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية.
- ٣- تحديد منشأ هذه الاضطرابات.
- ٤- فهم أبعاد الشخصية ومدى تضجها.
- ٥- مقارنة التقاسب بين تضج الشخصية والعمر الزمني للمفحوص.

والفحص النفسي إذا ما استطاع أن يساعدنا على تحديد هذه المتغيرات فإنه يكون بذلك قد ساعدنا على التشخيص الموضوعي للاضطراب النفسي أو العقلي الذي يعاني منه المفحوص.

وهكذا فإننا نقصد بالفحص النفسي ذلك الفحص المتكامل الذي لا يقتصر على بعد من أبعاد الشخصية مهماً بقية أبعادها. ومن هنا كان تركيزنا على شرح أساط الشخصية والعوامل المكونة لها.

والتعرف على شخصية إنسان ما هي عملية جد معقدة تمر بمراحل عديدة ربما كانت أولها، المتمثلة بالقاء الأول، هي الأكثر تأثيراً وصعوبة في أن معاً. فللقاصص النفسي، الذي يريد تحديد معالم شخصية المفحوص، مجبر على اتباع أساليب معينة وخطوات مدروسة لكي يستطيع في النهاية الوصول إلى هدفه.

والحقيقة أن الحوار أثناء الفحص النفسي هو فن وإبداع وممارسة أكثر منه مبادئ جامدة ودراسة محددة للجوانب. فهذا الحوار هو الذي سيساعدنا على تبين المتغيرات الخمسة المذكورة أعلاه. وهو بالتالي الذي سيقود خطواتنا لوضع التشخيص ولكن أيضاً لتقرير أساليب ووسائل العلاج.

لهذه الأسباب واللامية القصوى التي يمتاز بها الفحص النفسي نلاحظ أن الفاحصين النفسيين يعملون دوماً ويقتضي جهودهم التعمق في فن الفحص النفسي وتنمية مواهبهم في هذا المجال. وذلك بحيث يصعب على المراقب أن يترجم تطور هذا الفن من طريق الكلمات. إلا أننا في شرحنا لحيثيات وتقنيات هذا الفن سنحاول أن نستخلص أصوله ومبادئه العامة التي لا تطغى كبر نفع ما لم تصقل وتعديل بالتجربة بحيث تتحول إلى فن حقوقي يؤديه كل فاحص بطريقة واسلوبه الخاصين. والمبادئ العامة التي سنعرضها في هذا المجال هي مبادئ مستخلصة من تجارب كبار الباحثين في هذا المجال.

ونبدأ باستعراض آراء العالمين<sup>(١)</sup> شترن Stern وروبينسن Robbins: "لأن فن الفحص النفسي يعني أن يتعلم الفاحص متى يمكنه، متى يتدخل ومتى يشجع المريض على الكلام عن نفسه، كما يجب على الفاحص أن يتعلم كيف يكسب ثقة المريض وأن يتدرب على التحكم بمجرى الفحص".

ونلاحظ من خلال هذا الرأي أهمية اكتساب الفاحص لبعض الصفات التي تمكنه من القيام بدوره. ومن طرفنا أننا سنحاول شرح الشروط الواجب توافرها في الفاحص من خلال نقاط ثلاث هي:

- ١- الصفات الواجب توافرها في شخص الفاحص.
- ٢- طريقة الذور من المريض أو المفحوص.
- ٣- مواقف الفاحص من المرضى المحتاجين.

- ١ Robbins. E- Stern. M: Assessment of psychiatric Emergencies - New- York.

## ١- صفات الفاحص :

لن نتوصل إلى حوار مثمر مع المفحوص بفرض على الفاحص التقيّد بمواقف معيّنة من شأنها أن تشجع المفحوص على الإقضاء بما يعمل في نفسه من أحاسيس (بغض النظر عما إذا كانت هذه الأحاسيس سلبية أو إيجابية). وفي سبيل ذلك على الفاحص أن يعتمد موقفين قد يبدو أن كليهما متعارضان ولكنهما في الواقع منسجمان تمام الانسجام.

**الموقف الأول:** على الفاحص أن يتخذ موقف المتفهم، المتعاطف والإنساني. مما يتيح له التقرب من المفحوص وهذا الموقف يقتضي من الفاحص أن يكون صاحب حضور حار، مليئاً بالهدوء، حسن النية وقائراً على تقديم العزاء بعد الظلم.

**الموقف الثاني:** وهو استمرار للموقف الأول ولا يتعارض معه كما قد يبدو لنا للوهلة الأولى. ويتجلى هذا الموقف، الذي يلي توصل الفاحص للحصول على ثقة المفحوص بالإيجابية. فبعد التعاطف، الذي أظهره الموقف الأول، يأتي دور الحزم واستعمال القدرة على الإقناع الهادفين أساساً إلى أحداث تأثيرات إيجابية في تصرفات المفحوص. وفي محاولته للإقناع على الفاحص أن يلجأ لمختلف الشروح والتعليمات<sup>(٢)</sup> التي يعطيها للمفحوص بشكل حازم ومقنع في آن معاً. هذا مع الاحتفاظ دائماً بموقف المتفهم.

والحقيقة أن الوصول إلى هذه النتيجة، وفي الدرجة الأولى كسب ثقة المريض، يفرض على الفاحص أن يبدو في نظر المفحوص على النحو الآتي:

٢ - هذه الصفات تؤخذ في الاعتبار مجموعة المعلومات التي جمعها الفاحص من خلال مراحل الفحص السابقة.

١- أن يكون الفاحص متفرغاً بحيث يخلف لدى المفحوص لطباعاً بأنه مستعد لإضاعة الوقت في سبيل التوصل إلى فهمه وفهم معانيه، وهو أي الفاحص، يملك الصبر الكافي لذلك<sup>(١)</sup>.

٢- على الفاحص أن يخبر المفحوص أفعاله وتصرفاته. حتى ولو احتوت على بعض العدائية تجاه الفاحص نفسه (كما يحدث لدى بعض المرضى المهتلين مثلاً).

٣- على الفاحص أن يكون مرحاً ولكن دون أن يتكلم كثيراً، نشطاً هادئاً ومرتاحاً بحيث يكون قادراً على التركيز. وبناء عليه يجب على الفاحص أن يرفض الظهور أمام المفحوص بمظهر المنار أو المتوتر أو العنيف أو الضجر، لأن ظهور الفاحص بأي من هذه المظاهر من شأنه أن يجعل المفحوص أكثر تحفظاً وأقل اطمئناناً.

٤- على الفاحص أن يتحلى بصفات المستمع الجيد الإصغاء والصبور. ولكن كذلك أن يتمتع بالقدرة على المراقبة الدقيقة، الدبلوماسية في طرح الأسئلة<sup>(٢)</sup> وأخيراً أن يملك القدرة على الإقناع والتأثير في المفحوص<sup>(٣)</sup>.

٥- على الفاحص أن يحسن التحكم في ردات فعله. بحيث لا يظهر تعجباً أو يتخذ مواقفاً هازناً مما يرويه المفحوص. فمن واجب الفاحص أن يحافظ على هدوء أعصابه أمام أية مفاجأة قد يبلّغها بها المفحوص<sup>(٤)</sup>.

٣ - إن هذا الموقف يسهل على الفاحص حسب ثقة مفحوصه من طريق ظهوره الاستعداد لقبول المفحوص ومساعدته.

٤ - على الفاحص أن يحترم طاعات المفحوص ولا يتطهكها عن طريق الإلماع أو التهديد للوصول إلى المعلومات بسرعة. لأن ذلك قد يحول القمص إلى نوع من التحقيق أو الاستجواب بالنسبة للمفحوص.

٥ - هذه القدرة تختلف لدى الفاحص الواحد من مفحوص لآخر وهي تنمو بالخبرة.

٦ - غالباً ما يشهد المفحوص خلق مثل هذه المفاجآت التي تستوجب استئصال الفاحص لثقلته على التحكم بلغائه ويردود فعله وبإيماءات وجهه. ليسلي نفسه فرصة الحكم على هذه المفاجآت وتغيير مدى صحتها وتأثيرها

## ٢- طريقة الدنو من المفحوص:

كثيراً ما يتخذ للمفحوص موقفاً سلبيّاً من الفاحص ومن الفحص ذاته، بل كثيراً ما يبعد إلى رفض الفحص. سواء أكان هذا الرفض صريحاً مباشراً أو كان غير مباشر كرفض التعاون أو حتى مجرد الكلام أو إعطاء الأجوبة للكتابة المضللة. على أن أكثر المواقف سلبية وصعوبة في التقرب من المفحوص هي عندما يكون هذا الأخير مريضاً مهتاجاً (سنخصص الفقرة التالية لمناقشة هذا الوضع).

ولما كان موقف المفحوص فعلى الفاحص أن يتقبله كما هو إن أراد فعلاً إجراء فحصه. وتقبل المفحوص كما هو يعني بالطبع عدم معاقبته مهما كان هذا العقاب بسيطاً (حتى مجرد العقوبة) لأن ذلك سيزيد في سلبيته. ولكن من المهم التنبيه إلى أن قبول المفحوص كما هو لا يعني مطلقاً أن نتقبل أفكاره، إن نتيج له المجال لتنفيذها. فمن الممكن أن يبعد المفحوص، تحت تأثير مشاعره السلبية<sup>(٧)</sup> أو أفعاله أو تحت تأثير اختلال نفسي أو عقلي، إلى القيام بأعمال تلحق الأذى به أو بالآخرين. في حالات التهويل المتطورة يصل المريض إلى درجة من الكلبة قد تكفه للانتحار<sup>(٨)</sup>. وفي هذه الحالة على الفاحص أن يتقبل النهار كإنسان ناعم وليس ولكنه لا يوافق على الحل الذي اختاره للخلاص من هذه القلعة وهذا الشقاء. وبالتالي فإن تقبل الفاحص لقلعة وشقاء النهار لا يعني مطلقاً السماح له بالانتحار.

فالمقصود، من قبول المفحوص كما هو، هو إثبات احترام الفاحص لذاتية المفحوص وإنسانيته وكذلك الاهتمام به كإنسان بحيث يشعر المفحوص (مهما كانت درجة مرضه) بأنه شخصية إنسانية لها احترامها، شعورها وحريتها.

٧ - لمشاعر السلبية هي المشاعر التي تخفي الميول الحوائية كمثل مشاعر الكراهية والحقد والبعد والرغبة في الانتقام... الخ من المشاعر التي يسميها سولدي بالقيونية.

٨ - نقصد في هذا الموضع نظير محمد أحمد القاهلي: التهويل النفسي، الرسالة- الإيمان، ١٩٨٦.

ولعل أهم الخطوات في سبيل إقناع المفحوص بذلك تتمثل بإصرار الفاحص على تجنب استعمال القوة أو التهذيب واعتماده مبدأ الحوار المتكافئ والمنفتح الذي شرحنا حيثياته أعلاه. على أن الأمور تصبح على درجة عالية من التعقيد إذا كان المفحوص مريضاً عقلياً. ففي مثل هذه الحالات قد يضطر الفاحص لتخطي مبدأ الحياد المشروح أعلاه وذلك في ظروف عديدة نذكر منها:

أ- حاجة بعض المرضى للعلاج الفوري الطارئ مما لا يترك للفاحص الوقت الكافي لإقناعهم.

ب- في حالات معينة يمكن للثقف أو الإكابر أن يمارس تأثيراً إيجابياً في المريض بحيث يمنعاه عن ممارسة عدائيته سواء نحو ذاته أو نحو الآخرين.

ج- في حالات المرضى الرافضين للعلاج على الفاحص - للمعالج أن يدرك بأن إجبار المريض في مثل هذه الحالات لا يعتبر اعتداء على حريته بل يعني إعادتها له من طريق إجباره على العلاج.

ولذا كنا في سياق الحديث عن علاقة الفاحص بالمفحوص - المريض لا بد لنا من التنبيه إلى أن الناس المتعاملين مع المريض (أهله، معارفه، زملاءه، المرضيين الخ...) هم أناس ذوو ردات فعل عادية لا يستطيعون السيطرة عليها في كل الظروف بحيث يستطيع المريض أن يوص بها . وردات الفعل هذه تتراوح بين القلق والخوف والنفور والمخبرة. ولكنها يمكن أن تصل إلى العقب من طريق محاولات تجاهل المريض أو تجنبه أو حتى التعامل معه بحتف.

والفاحص كي يقرب بشكل فاعل من المريض ويكسب ثقته عليه أن يتطلى بأكثر قدر ممكن من القدرة على التحكم بالفعالاته وبهذا يثبت للمريض بأنه إنسان مختلف وأهل لمنحه الثقة. فإذا لم يوصن الفاحص هذا التحكم فقد يقع في مأزق

للتشخيص المتسرع الحالة بهدف التخلص منها . وفي هذا يقول برنار<sup>(٩)</sup> P. Bernard : "إن مراقبة انفعالاتنا الخاصة هي أصعب وأعقد كثيراً من مراقبتنا لانفعالات الآخرين .

مما تقدم نلاحظ بأن لكل مفعوس وضعه الخاص الذي يفرض على الفاحص أن يرسم نمطاً جديداً لعلاقة فاحص- مفعوس يختلف عن بقية الأنماط السابقة . وهكذا فإن ممرس الفاحص وتجربته يزيدانه حساسية وإبداعاً في رسم أنماط علاقته بالمفعوسين .

### ٣- موقف الفاحص من المرضى المهتاجين .

بالرغم من ضالة نسبة المرضى المهتاجين إلا أن وضعهم الخاص يقتضي التنويه بالخطوات الواجب اتخاذها في مواجهتهم وإثناء فحصهم . وهذه الخطوات هي .

أ- على الفاحص أن يكون هادئاً، صبوراً وأن يبدو أمام المريض كحليف له يستطيع فهمه .

ب- على الفاحص أن يحافظ على جدية مهنته وانضام اقتراحات لمرضى المريض القاضي باخفاء الفاحص لمهنته أمام المريض . هذا مع الاشارة بأن ليون ميشو Michaux<sup>(١٠)</sup> لا يرى بأساً من أن يقدم الطبيب لنفسه للمريض على أنه طبيب اعصاب .

ج- على الفاحص ألا يشارك في خداع المريض أو في إغداق الوعود عليه . لأن الفاحص سيفقد بذلك الكثير من أسهمه في كسب ثقة المريض .

-- ٩ P. Bernard: Manuel de L'infirmier en psychiatrie, éd. Masson paris. ١٩٧٤

- ١٠ Michaux Léon: "Psychiatrie éd médicales Flammarion ١٩٦٧.



د- في حال استفاد الفاحص لكافة الوسائل، التي من شأنها أن تهدئ المريض المهتاج، فعندها عليه الاستعانة بمرضىين أقوياء وإجبار المريض على تلقي العلاج اللازم.

هـ- أمام مريض مهتاج يشكل خطراً على نفسه أو على الآخرين على الفاحص ألا يهمل جدية هذه الاخطار والا يقلل من شأنها. ولكن عليه أيضاً ألا يفقد أمله في الذو من المريض والتفاهم معه.

و- على سبيل المثال قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض شاعر سلاحه ومهدد بقتل رهينة ما وكذلك بقتل أي تسليح يقترب منه.

في مثل هذه الحالة من الخطأ أن يحاول الفاحص الإقتراب من المريض مهماً احتمال تنفيذ المريض لتهديده. كما أنه من الخطأ أن يحصر تفكيره باستخدام القوة. والموقف السليم في الحالات المماثلة يتلخص في أن يقوم الفاحص بإقامة أساس علاقة مع المريض. مستخدماً خبرته، دبلوماسيته واسلوبه الخاص سائلاً المريض عن الفائدة التي يجنيها من قتل الرهينة؟ أن يعرض الفاحص أمام المريض إمكانية إيجاد طرق أكثر نفعاً لحل مشكلته- وأخيراً من الممكن أن يظهر الفاحص تلهمه وتعاطفه مع المريض وذلك بقوله: أنا مستعد لمساعدتك.

و- قد يجد الفاحص نفسه أمام مريض يرفض المساهمة في الفحص ويرفض مجرد الكلام وهو في نفس الوقت مهتاج. في هذه الحالة على الفاحص أن يحدد السبب الدافع بهذا المريض لاتخاذ هذا الموقف. وهذا الدافع ممكن أن يكون:

١- في حالات الخبل أو العته: وفي مثل هذه الحالات على الفاحص أن يكتفي بالمعلومات التي يحصل عليها من أهل المريض ومعارفه. واستجوابهم في إطار الفحص النفسي والتفاصيل التي يقتضيها هذا الفحص. وإذا كان المريض في هذه الحالات عاجزاً عن المشاركة في الحوار إلا أن الفاحص يستطيع أن يحصل على

الكثير من المعلومات من خلال نظرات المريض، حركته، هذامه، تعابير وجهه الخ...

٢- في حالات الفصام: ومثل هذه الحالات تقتضي تصرفاً طبياً يتلخص بحقن المريض في الوريد بمقدار ٠.٥ غ من مادة Amytal Sodique وهي من مشتقات الباربيتورات. مع مزجها بـ ١٥ مل من الماء المقطر وذلك بمعدل ١ مل في الدقيقة. ونفس هذا التصرف يمكننا اتباعه مع المصابين بالخرس الهستيري.

وبعد ذلك يخبر الفاحص المريض بأنه سيشرح بالقليل من الخدر والارتخاء ويبدأ بتوجيه بعض الأسئلة البسيطة للمريض. كأن يسأله عن اسمه، وعمره، وعائلته.. الخ. ومع متابعة الحقن بالباربيتورات يوالي الفاحص استناده لغاية حصوله على المعلومات التي يحتاج إليها في فحصه.

وبعد عرضنا للصفات الواجب توافرها في الفاحص النفسي والمواقف التي ينبغي عليه اتخاذها لا بد لنا من الإشارة إلى دور العوامل الاجتماعية وتدخلها في مجرى الفحص النفسي. والحقيقة أن المجال يضيق بنا هنا لتفصيل هذا الدور ولذلك لقد رأينا أن نكتفي باستعراض بعض جوانبه.

١- من عادة مجتمعنا أن يصنف الاضطراب النفسي في قائمة الجنون. الأمر الذي يدفع المريض إلى تجنب الفحص النفسي وبالتالي إلى تأخير العلاج. هذا التأخير الذي لا يمكن أن يكون في مصلحة المريض أو المجتمع.

٢- عن السبب الأول تنشأ صعوبات عديدة في وجه الفاحص - المعالج النفسي. هذه الصعوبات التي تربك الفاحص وتعوقه عن ممارسة مهنته.

٣- يتفق الباحثون<sup>(١١)</sup> كينون (Kinon) وماك (Mac) وميشال (Michel) على أن الفحص والعلاج النفسي يبدأان مع إقناع المريض بأن ذلك سيعود عليه بالخير والنفع. والحقيقة أن مريضنا لا يقتنع بسهولة بذلك لأن الهاجس المسيطر عليه هو إخفاء معاناته وذلك هرباً من تهمة الجنون.

٤- إن معظم الفاحصين النفسيين بل والأطباء والباحثين النفسيين في مجتمعنا يقومون بنقل التجارب الغربية وتطبيقها بظواهرها في مجتمعاتنا. ومن الطبيعي القول بأن هذا النقل لا يكون دائماً ناجحاً أو صحيحاً. فعلى سبيل المثال نلاحظ بأن المدمن الأميركي يلجأ للمخدرات لاحتياجه بضائقة أمام مجتمع راق متطور ومن الملاحظ بأن هذا اللجوء كثيراً ما يأخذ منحى فلسفياً ويكون مدعماً بثقافة لا بأس بها لدى هذا المدمن. في حين أن المدمن اللبناني يحس بضائقة أمام الموت. ويمنع ليطلق بالحياة لا ليهرب منها. فالإيمان في لبنان هو مدخل للحياة وليس مخرجاً منها. والمدمن اللبناني لم يمس ثقافة وتطور وفلسفة أميركا. بعد هذا كله يحق لنا القول بأن علاج المدمن اللبناني يختلف كثيراً عن علاج المدمن الأميركي. وكذلك الفحص. في حين يرى الأول في الفحص النفسي مناسبة يعرض فيها بصدق معاناته نرى الثاني يهرب من الفحص ويحاول فلسفته بل ويحاول إظهار ثقافته على الفاحص بشئى الطرق.

وبعد هذا العرض السريع لتأثير العوامل الاجتماعية. ما نحن نعرض للخطوط المرضية للفحص النفسي.

١١- Michel, Mac et Kinon: cités dans vadem ecum in psychiatrie C. Gorgos. 6d. medicales BUC. ١٩٨٥.

## ٤ مبادئ الفحص النفسي

لاحظت لدى استعراض أصعب ومواقف الفحص النفسي في هناك تحية خاصة بكل فاحص يكونها من خلال خبرته ومن خلال المتروسة النفسية التي ينمي إليها. ولذا كان الطب النفسي هو الميدان الذي تجتمع فيه مختلف المدارس النفسية (تحليل نفسي، الرواقز، الاضطرابات العصبية. الخ) وتمارس فقد رأينا أن نعرض للفحص النفسي وفق المبادئ المتبعة في الطب النفسي. ولذا أردنا تعداد الخطوات العريضة لهذا الفحص فهي تأتي على النحو التالي.

### ١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص وهذه تقسم إلى:

#### أ- السوابق الوراثية.

ب- معطيات طفولة المفحوص ومراهقته.

ج- الصدمات النفسية في حياة المفحوص.

د- السوابق المرضية- الجسدية للمفحوص.

و- تاريخ وشكل بداية الاضطراب النفسي.

### ٢- الفحص العيادي - النفسي ويندرج يقسم إلى:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- دراسة المظاهر الحسية- الحركية لدى المفحوص.

ج- دراسة العوامل المكونة للشخصية.

### ٣- الفحص الطبي (مخصص له فصلا خاصا).

٤- القياسات النفسية أو الاختبارات (مخصص لها فصلا خاصا).

### ١- تحديد السوابق المرضية للمفحوص

على الفاحص النفسي أن يتطلى بالمثابرة وألا يتسرع بالتشخيص قبل إتمامه لمختلف مراحل الفحص النفسي. فكلّما ما يحصل الفاحص على مؤشر أو مجموعة مؤشرات ذات دلالة مرضية أكيدة في مرحلة بدئية الفحص، مما يجعله مهالاً للاكتفاء بهذه المؤشرات لوضع تشخيصه دون متابعة الفحص. والحقيقة أن لهذا الموقف أسوأ عديداً يجب إضافتها على صفات الفاحص. بمعنى أن على الفاحص أن يتغلب من الصفات التي تدفعه للتعبول في التشخيص دون أن يتم الفحص. وهذه الصفات هي: (١) نرجسية الفاحص (٢) رغبة الفاحص بإنهاء الفحص بأسرع وقت ممكن، (٣) رغبة الفاحص في التحول إلى التجومية<sup>(١٢)</sup>... الخ.

من هنا وجب على الفاحص أن يبدأ فحصه منذ الجذور الوراثية للمفحوص ولغاية أتق مظاهر الاضطراب لديه. وعليه لنا البدء بـ:

#### أ- السوابق الوراثية:

على الفاحص أن يحدد وجود مظاهر الاضطراب، أو المرض النفسي في عائلة المفحوص. متحرّياً حالات الانتحار، الايمان على أنواعه، التشوهات الخلقية والأمراض النفسية والعقلية في هذه العائلة. كما على الفاحص أن يتحرى وجود الأمراض الجسدية التي يمكن أن تسبب الاضطراب لدى المفحوص مثل السرطان، السل... الخ.

#### ب- طفولة المفحوص ومراهقته:

في طفولة المفحوص يجب على الفاحص أن يقوم بتقصي المعلومات التالية:

١٢ - إن هذه الرغبة في التجومية وفي التحول إلى نجم اجتماعي يبرز هي رغبة نابعة من العبول الطبيعية. فالحالب هذه العيول يتجهون نحو الذين في من شأنها إرضاء شعورهم المتضخم بأهمية الذات. هذا ويرى سواندي أنهم يميلون إلى الذين العسكرية وإلى مهنة الطب النفسي.

١- ظروف حملته وولادته: فمن المعروف بأن هناك العديد من الأمراض التي يولد بها الطفل وإن لم تظهر إلا لاحقاً (مثل الصرع، القصرم... الخ). كما أنه من الضروري تحديد ظروف الولادة التي يمكن أن تؤدي إلى صدمة الولادة والاختلال الجسدية والنفسية التي قد تنجم عنها.<sup>(١٣)</sup>

٢- ظروف طفولته الأولى: هل تم إرضاعه من ثدي أمه<sup>(١٤)</sup>؟ عمره عندما خطا خطواته الأولى<sup>(١٥)</sup>؟ عمره عندما لفظ كلمته الأولى<sup>(١٦)</sup> عندما ظهرت أسنانه<sup>(١٧)</sup> وعندما ضحك للمرة الأولى<sup>(١٨)</sup>.

٣- عمر المفوص عند البلوغ<sup>(١٩)</sup> وظهور الشعر عنده وكذلك إذا ما ظهرت لديه بعض التغيرات في هذا السن.

٤- حالة المريض الاجتماعية وعلاقاته العاطفية وممارسته الجنسية<sup>(٢٠)</sup>.

٥- حالة المريض المهنية، وضعه الاقتصادي، علاقته بزملائه وبمحيطه، نجاحاته وإخفاقاته.

١٣ - التمسق في هذا الموضوع انظر محمد أحمد الفاهسي - نكاه الجنين، دار النهضة العربية، ١٩٨٨.

١٤ - تولد الرضاعة من الثدي مشاعر الانتماء لدى الرضيع وتكمم توازنه النفسي لاحقاً.

١٥ - التمسق انظر - نكاه الرضيع مرجع سابق انظر

١٦ - لمرجع سابق

١٧ - لمرجع سابق

١٨ - لمرجع سابق

١٩ - إن تأخر البلوغ أو تبكره مرتبطان بالتوازن الهرموني لدى الشخص واضطراب هذا التوازن قد لا يكون رئيسياً. ومع ذلك فالتأخر يلاحظ أن بعض الاضطرابات النفسية تنتشر بين متأخري البلوغ. من هذه الحالات نذكر تأخر الفصح العاطفي وحالات الرهاب (الفوبيا) والبلع. أما إذا كانت الاضطرابات الهرمونية رئيسية فلها تحتاج للعلاج. وهي تقبى بمظاهر عرقية مميزة لكل اضطراب انظر فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ - قرء الاضطرابات العنكبوتية.

٢٠ - راجع اضطرابات الفوبيا الجنسية في الفصل السابق والتمسق انظر جاك دلتنجر، علاقة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية، ١٩٩٠.

٦- الأمراض الجسدية التي تمرص لها في طفولته (التهابات، سسم، هدار وعي لو تشنجات).

ج- الصدمات النفسية في حياة المريض:

وهذه الصدمات تتلخص عادة بـ:

١- صدمات عقلية مؤثرة خاصة في فترة الطفولة مثل: موت أحد الوالدين أو كليهما، خلات الوالدين، انفصالهما أو طلاقهما، مرض أحد الوالدين وأخيرا إرثه لطفل لعيلة أحدهما.

٢- صدمات فترة المراهقة: وتتخلص عادة بالاخفاقات العاطفية والجنسية.

٣- صدمات عقلية من نوع الخفاقات الزوجية، الطلاق، الترمل، الخيانة.. الخ.

٤- صدمات مهنية: بطالة، فقدان العمل، الانقاص، الاخفاقات المهنية، صراع في مكان العمل... الخ.

٥- صدمات متنوعة أخرى: ملاحقة قضائية، الخوف من القانون، الخوف من الموت... الخ.

د- الأمراض الجسدية التي يعطي منها المفحوص (٢١) :

١- أمراض خلقية.

٢- نوبات تشنجية.

٣- حوات ورضوض في الجمجمة.

٤- الانتهاكات الجنسية وخاصة السفلس.

٥- انتهاك السحايا.

٦- أمراض الثدي الصماء.

هـ- تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص:

وهذه المرحلة من مراحل الفحص هي الأهم فهي التي يتجلى فيها مبدأ تقاطع المؤشرات<sup>(٢٢)</sup>. فمن الممكن بل من الغالب ألا تكون الأزمة النفسية التي يمر بها المفحوص من الحدة بحيث تربطها بالمؤشرات التي حصلنا عليها لغاية الآن. إلا أن اصرارنا على الخطوات السابقة هو بقصد الاطلاع على مختلف عوامل الخطر لدى المفحوص. لأن إهمال هذه العوامل وعدم أخذها بعين الاعتبار قد تكون علينا علاج مرض ما في بدايته وقبل أن يتطور.

وتاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يجب أن يبحث أولاً بداية الاضطراب النفسي وكيفية ظهوره. هل هي بطيئة<sup>(٢٣)</sup>، سريعة<sup>(٢٤)</sup> أم عنيفة<sup>(٢٥)</sup> وبعد ذلك يجب على الفاحص السؤال عن الأسباب المباشرة المؤدية لظهور هذا الاضطراب. هل هو نتيجة مرض جسدي، أم هو عرض ظهر لدى امرأة أثناء أو بعد ولادتها، أم أن هذا الاضطراب في عقب التعرض لعملية جراحية أو لحالات متطرفة من الخوف من الموت أو بعد إصابة المفحوص بوضوح في رأسه... الخ.

٢٢ - تقاطع المؤشرات (Recoupement des indices).

٢٣ - إن الاضطرابات النفسية التي تظهر ببطء ممكن أن تكون اختلالاً بسيطاً في القاد الصماء أو ممكن أن تعكس مثلاً ورماً دماغياً يتم بطء.

٢٤ - الاضطرابات النفسية السريعة الظهور غالباً ما تنجم عن مشكلة نفسية عنيفة ومفاجئة.

٢٥ - الاضطرابات النفسية العنيفة ممكن أن تعكس مرضاً نفسياً أو عقلياً مستتراً.



كما أن تاريخ الاضطراب النفسي لدى المفحوص يقتضي من الفاحص أن يتحرى النقط التالية:

- ١- إذا كان المفحوص قد تعرض سابقا لحالات تشنج أو فقدان الوعي.
- ٢- اضطراب تصرفات المفحوص.
- ٣- إذا ما سبق للمفحوص أن فكر أو حاول الانتحار.
- ٤- إذا ما تعرض المفحوص سابقا لحالات الخبل.
- ٥- إذا ما سبق للمفحوص تلقي العلاج النفسي. وفي هذه الحالة نوعية هذا العلاج.
- ٦- العلام المرافقة للاضطرابات النفسية (كآبة، همود، تفكير بالانتحار، عدائية، هذيان، هياج... الخ).

## ٢- الفحص الجادي النفسي:

إذا كانت الخطوة الأولى للفحص النفسي، وهي تحديد التاريخ المرضي للمفحوص، على درجة كبيرة من الأهمية إلا أن الخطوة الثانية، المتمثلة بالفحص الجادي- النفسي، لا تقل عنها أهمية. فالأولى كما لاحظنا ممكن إجراؤها من خلال معلومات مستقاة من أقارب المريض ومحيطه. أما الثانية فهي تقتضي مواجهة: فاحص- مفحوص.

هذه المواجهة التي تفرض على الفاحص الاعتماد على عاملين أساسيين في تشخيصه وهذان العاملان هما:

أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

ب- الحوار مع المفحوص.

### أ- دراسة المظهر الخارجي للمفحوص.

وهذه الدراسة كانت موضوع الفصل الأول من هذا الكتاب. ولهذه فئتنا سنعمد إلى إعادة عرضها بإيجاز مع التأكيد على بعض العوامل الواجب متابعتها في حالات المرض النفسي.

- ١- دراسة شكل الوجه وتعبيره التي يمكن أن تعكس الانهيار، القلق، الحيرة، التناقض أو التناقض (Discordance) أو فقدان القدرة على التعبير والإيماء... الخ.
- ٢- حركات المفحوص: هل هي متصنعة أو غريبة أو مقبولة (Stréereotype) أو تشنجية من نوع العنكة (Tic).
- ٣- مزاج المفحوص ويمكن أن ينعكس من خلال مظهره وتصرفاته، ويمكن أن يكون المفحوص مثقالاً أو متشاكماً، ضاحكاً أو باكياً أو متروحاً بين الضحك والبكاء دون أي سبب ظاهر.
- ٤- النظرة ويمكن أن تكون ثابتة<sup>(٢٦)</sup>، متحركة<sup>(٢٧)</sup>، كثيرة الحركة<sup>(٢٨)</sup>؛ أو بوهيمية<sup>(٢٩)</sup>.
- ٥- ثيابه، تسريحته، طريقة انتقاؤه للالوان، درجة غريبة هذاه. كلها عوامل تساعد الفحص النفسي من طريق مساعدتها في تأكيد أو نفي المؤشرات.
- ٦- مراقبة النشاط الحركي العام للمفحوص. هل هو جامد وهادئ أم أنه في حالة ذهول. هل يرتجف لا إرادياً، هل هو مضطرب ومهتاج، هل يتخذ مواقف

٢٦ - كما في حالات الكلبة والانهيار والهمود والمراد الصلابة - الاكتئابية... الخ.

٢٧ - كما في حالات القلق والرهاب.

٢٨ - كثيرة الحركة مع لمعان في حالات الهوس.

٢٩ - كما في حالات الجمود العاطفي - الصلبي.

تخشبية (Cathatonique) أو العمة الحركي (Apraxie) أو إذا كان المفحوص يعاني من الهبوط الحوي (Echokinésie).

#### ب- الحوار مع المفحوص:

كثيرة هي المدارس النفسية التي تعتمد الحوار أساساً للفحص النفسي. بحيث تهمل أو تكاد تهمل بقية الفحص النفسي، واشتهر هذه المدارس هي مدرسة التحليل النفسي بفروعها المتعددة.

ولما كانت الأهمية التي يلقها الفاحص النفسي على الحوار والدور الذي يعبث به هذا الفاحص للحوار كعامل محدد للتشخيص. فإن هذا الفاحص لا بد أن يعترف بأن الحوار هو أصعب وأعقد مراحل الفحص النفسي.

والحقيقة أن خبرة الفاحص في العامل الأساسي المحدد للحوار ولأهمية النتائج التي يمكن أن تستخلص منه. وكما قد أشرنا إلى ذلك في سياق حديثنا عن الصفات الواجب توفرها في الفاحص النفسي. ونحن لا نبالغ إذ نقول بأن الفاحص النفسي الجيد يستطيع مع طريق الحوار، أن يختصر الكثير من جهد وكلفة الفحص النفسي متجنباً إجراء العديد من الفحوصات الطبية والقياسات النفسية.

ونظراً لتضارب الآراء في هذا المجال وضيق المجال لعرضها فإننا نكتفي بعرض النقاط الواجب على الفاحص استخلاصها من خلال الحوار. وهذه النقاط هي التالية:

١- اضطراب الحديث لدى المفحوص: وهذا الاضطراب هو أول ما يلتفت للنظر أثناء الحوار مع المفحوص. وهذا الاضطراب ممكن أن يكون على أنواع هي:

(أ) التأتأة بأنواعها (التبري، الارتعاشي الخ..)

(ب) الحجة التركيبية<sup>(٣٠)</sup>

(ج) للرائعية (Pragmatisme)

(د) للثرثرة لو اللفظ (Verbigeration).

٢- إدراك المفحوص للزمان والمكان: ومن المهم الملاحظة أن هذا الإدراك لا يكون متكاملًا لدى الأولاد دون العاشية عشرة. وتحديد مدى هذا الإدراك يمكن أن يتم بطرق عديدة. أبسطها سؤال المفحوص عن تاريخ اليوم وعن عنوانه ومكان وجوده.

٣- إدراك المفحوص لجسده والعالم الخارجي: وكما قد شرحنا اضطرابات إدراك الجسد وعلاقته بالعالم الخارجي أثناء حديثنا عن العوامل المكونة للشخصية. ومن هذه الاضطرابات نذكر بـ (أ) الصمم، بـ (ب) الأوهام جـ) التهيؤات.

٤- الانتباه: وقد سبق الإشارة لاضطرابات الانتباه، والحقيقة أن قياس هذه الاضطرابات هو أمر لا يصعب على الفاحص خاصة مع وجود قياسات الانتباه النفسية (انظر فصل القياسات النفسية).

٥- الذاكرة: وهي من أهم العوامل التي يجب على الفاحص النفسي تحديدها. ذلك أن اضطرابات الذاكرة إلى جانب كونها العرض المميز لعدد من الأمراض النفسية والعصبية، فهي جديرة بأن تؤدي إلى اضطراب السلوك. فالشخص الذي يفقد ذاكرته يتصرف وكأنه إنسان آخر وشخصية أخرى.

٦- قدرة المفحوص على التجريد، مذكرته في الحكم على الأشياء وكذلك مدى اطلاعه.

٣٠ - الحجة التركيبية (Agrammatisme): هي انخفاض القدرة على تركيب الكلمات وصوغها في الجمل قواعد اللغة الصحيحة. لذلك ولجأ المصنف بهذه الحجة إلى اعتماد أسلوب البرقيات في حديثه مع الآخرين.

٧- مدى ثقالة المريض: وهذه النقطة شديدة الأهمية والحساسية بالنسبة للفحص النفسي. ذلك أن هناك فئة من المفحوصين تكون ميالة للاستخفاف بالفحص والفاحص معا وعلى سبيل المثال نذكر الحالات التالية:

أ- المنهار (مصاب بالانهيار): الذي يعتبر عادة أن عوامل انهياره وأسباب هذا الانهيار هي كثرته وغير قابلة للإصلاح بما يجعلها أكبر من الفحص والعلاج وهو لا يلجأ للعلاج النفسي إلا في حال خوفه من تهوي قدراته العقلية وانخفاض قدرته على التحكم في مجرى تفكيره التسلوي فإذا ما تخطى هذا الخوف فانه يعود من جديد لتبخيس الفحص والفاحص وعلاجه. ولذلك فإن أفضل الأساليب في علاج هذه الفئة من المرضى هي الاعتماد على العقائر المضادة للانهيار كأساس لمعالجهم<sup>(٣١)</sup>.

ب- المذمّن: الذي كثيراً ما يتصرف مع الفاحص من منطلق أنه (أي الفاحص) لم يخبره إلا بالمخدرات أو يجرّبها ... الخ، ولذلك فهو منخوف وعاجز عن فهم اللذة وتقييم المفحوص. والحقيقة أن المذمّنين يمارسون هذا التبخيس بطريقة جد دبلوماسية بحيث أن غالبية الفاحصين النفسيين (باستثناء أصحاب الخبرة في المجال) لا ينتبهون إلى هذه الدفاعات لدى المذمّنين.

ج- الهستيري: وغالبية هؤلاء من النساء وأولى خطوات تبخيس الفاحص في هذه الحالات تبدأ بمحاولتهن اغراءه.

وهذه الفئة من المفحوصين التي أعطينا حولها بعض الأمثلة لا تثنى بالفاحص بما فيه الكفاية ولذلك نلاحظ لديهم رغبة في محاولة اظهار تفوقهم على الفاحص. وبما أن الفاحص يجيد التحكم في ردات فعله فهم يلجأون غالباً لتوجيه عدد

٣١ - أن العلاج بمضادات الانهيار يفرض نفسه لأسباب عديدة منها عدم استعداد المريض للاستجابة إلى العلاج النفسي ومنها أيضاً كون الانهيار اضطراباً مزاجياً مرتبطاً بصفة متغيرات بيولوجية. لتحق انظر - معجم العلاج النفسي الحديث - مرجع سابق الذكر.

من الاسئلة من نوع ماذا كنت تفعل لو كنت مكاني؟ هل لي أن أسألك سواليا  
خالصا؟... الخ. أما إذا كان المفحوص متقفاً فإنه يحول جر الطبيب الى نقاش تقالي  
يكون هو (أي المفحوص) صاحب باع طويل فيه. ولهذا يجب على الفاحص تجنب  
هذا الملقق.

٨- محتوى أفكار المفحوص: بعد تحديد الفاحص النقاط السابقة الذكر يستطيع  
بسهولة أن يستشف محتوى أفكار المفحوص. هذا المحتوى الذي سيتيح له التوجه  
للجهد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج فصحتى هذه الأفكار ممكن أن يكون  
هذياناً، وسواسياً، وهما مرضياً أو شعوراً بالتفوق... الخ.

٩- مزاج المفحوص: وقد شرحنا تفصيلا العوامل المؤثرة في الحالة المزاجية  
وكذلك اضطرابات هذه الحالة. الا أن ما يهمنا التذكير به هو تبيين وجود أو عدم  
وجود فكرة الانتحار لدى المفحوص. فهذه الفكرة تطرح نفسها بصورة قهرية لدى  
مضطربي المزاج- فنظر اضطرابات التفاعل الوجداني في الفصل الثاني.

#### ٥- اضطرابات النوم والفحص النفسي

قد يختلف العديد من الزملاء معي حول الاموية التي اعطتها على نور  
اضطرابات النوم في مجرى الفحص الميداني. والحديث عن هذه الاضطرابات في  
سياق الفحص النفسي لا يتيح استعراض المستجدات في أبحاث النوم. لذلك اختصر  
وجهة نظري بهذا الخصوص بالتذكير بالعلاقة القائمة بين حرمان النوم وظهور  
المظاهر الذهانية. إذ تنبئ هذه المظاهر لدى أي شخص حرم من النوم لأكثر من  
٤٨ ساعة متواصلة. وأقد دلت الأبحاث على أن النوم هو حسيولة جملة قررات  
دماغية تؤثر في حالة الاختلال الدماغي تحدث النوم. كما دلت هذه الأبحاث على  
وجود اضطرابات النوم يدعم تشخيصه للاضطراب. وفي ما يلي بعض الامثلة:

### أ- نوم مرضى الانهيار (الاكتئاب).

يتميز نوم هؤلاء المرضى بالخصائص التالية:

- صعوبة الاستمرار في النوم تكون أكبر من صعوبة الانغفاء. فهم يستيقظون عدة مرات في الليلة الواحدة. فإذا تطورت الحالة فإنهم يستيقظون في ساعات أبكر - وهذا ما نسميه بالأرق الصباحي.

- لا تتوالى مراحل النوم الخمس بشكل طبيعي لدى هؤلاء المرضى بحيث تتلصص مرحلة النوم العميق بما يؤدي إلى بداية مرحلة نوم الأحلام بصورة أسرع تظهر الأحلام بعد ١٠ دقائق بدلاً من ٦٠ - ٩٠ دقيقة. وحتى في الحالات التي ينام فيها النهار ضعف مدة النوم العادية فإن نومه العميق يبقى ناقصاً.

### ب- نوم المهوسين

يملك هؤلاء المرضى قدرة غير عادية على مقاومة النوم والاندوية المنومة. وهم يستطيعون البقاء بدون نوم لفترة طويلة لا يقوى عليها الناس العاديون. لذا ناموا فإنهم يكتفون بفترة بسيطة من ساعات النوم.

### ج- نوم الذهائين - الهذائيين

يلاحظ مثلاً لدى العصبيين تقلص فترة نوم الاعلام مع عودتها إلى طبيعتها بعد نهاية الانتكاسة العصبية، ولا تقم هذه العودة في حال استمرار المظاهر الهذائية.

### د- نوم العصبيين

غالباً ما تتجلى اضطرابات النوم لدى العصبي بصعوبة الانغفاء وهي سمة النوم الخاصة بالقلق. ونذكرها هنا بأن التحليل النفسي يذكر بعض أنواع الأحلام الخاصة بالعصبيين والتي تؤدي إلى استوقظهم ليلاً بسببها.

### هـ- نوم المرضى الجسديين

لم يحدد البسيكوسوماتيون انماطاً خاصة لنوم المصابين بالامراض الجسدية. الا أنهم حددوا انماط الحياة الطمية لهؤلاء المرضى. وهذه الانماط هي بحسب بيرل ملرتي (١٢):

- غياب الاحلام

- الاحلام الصليبية

- الاحلام التكرارية

- الاحلام القطة

### و- نوم المسنين

تختلف اضطرابات النوم لدى المسن باختلاف حالته العضوية ولعل أكثر هذه الاضطرابات شيوعاً هي تلك الناجمة عن الانهيار بسبب تقدم العمر وهي تتميز باغفاءات قصيرة أثناء النهار وبإغفاء في الساعات الاولى من الليل ثم الاستيقاظ الليلي.

اما الشنوب الليلي (Tulburance nocturne) فإنه قد يرافق الحالات الانهيارية وقد يأتي منفرداً لمحاولة من قبل المسن لفتح نظار المحيط اليه لو كررة فعل امام خوف المسن من الموت ليلاً في حين ينام قريباً.

بعد هذا العرض الموجز والمقتضب لعلكم اضطرابات النوم ولاسيماها التشخيصية فإننا نؤكد على ضرورة تحري الفاحص لاضطرابات النوم لدى مفرصه (يسؤال المفحوص ومحيطه. ذلك ان بعضهم ينكرون لو يجهلون خصائص نومهم). بل اننا نتمح الفاحص بعدم التسرع في وضع تشخيصه للحالة

٣٦ - بيرل ملرتي: العلم والمرض النفسي والعضوي، منشورات مركز دراسات القضية، ط١ (١٩٨٧)  
وط١ (١٩٩٣).



إذا ما لاحظ أنها علامت اضطرابات جنية على صعيد النوم. فمن تجربتنا الخاصة نستطيع التأكيد على أن تنويم المريض (Cure de Som meil) يمكنه أن يغير التشخيص الذي يعتمد على فحص مبدئي. ومثل هذا الالتباس التشخيصي يمكنه أن يؤدي، ولو في حالات نادرة، إلى فشل العلاج.

هذا مع التأكيد على أن النوبة القنوية تؤثر بصورة إيجابية في الحالة مهما كان تشخيصها. وذلك بشرط انتقاء المنوم المناسب للحالة.

## **الفصل الخامس**

# **الفحص الطبي - النفسي**

١- الفحص الطبي العام.

٢- دراسة قرحية العين.

٣- الفحوصات المخبرية.



## ١ - الفحص الطبي العام

أن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر الجسد ككل.. وهذا هو الخطأ الكبير لأطباء عصرنا.. إذ أنهم يفصلون النفس عن الجسد لدى معالجتهم للنفس البشرية.

### أفلاطون

ونظراً من هذا المبدأ الأفلاطوني قامت المدرسة النفسية - الجسدية التي أثبتت أن هناك قائمة طويلة من الأمراض (الربو، القرحة، الذبحة القلبية، الانهيار... الخ) التي تعود في أساسها لاضطراب في حالة المريض النفسية.

وبالمقابل أثبت الباحثون دور بعض الأمراض الجسدية في أحداث الاضطرابات النفسية. ومن هذه الأمراض نذكر على سبيل المثال لا الحصر: اضطرابات الدرقية والكلتية والسرطان والالتهابات إلى ما هنالك من الأمراض المسماة بالنفس - جسدية (بيكوسوماتية).

بناءً على ما تقدم نلاحظ أن الفحص الطبي - النفسي كثيراً ما يمثل ضرورة ليس تشخيصية فقط وإنما علاجية أيضاً. والفحص يستطيع تحديد إطار هذا الفحص من خلال استعراضه للتاريخ والسوابق المرضية للمفحوص. ونحن هنا سوف نحاول أن نخص خطوات الفحص الطبي - النفسي. محاولين بذلك تكمال الفحص النفسي من كافة وجوهه.

والفحص الطبي - النفسي يجري وفقاً للأسس التالية:

### ١ - فحص أغشية الجسم:

ومن خلال هذا الفحص على الفاحص أن يحدد: (أ) وجود آثار الحقن (نليل) ايمان مخدرات تحقن بالوريد). (ب) فحص بطفة الأنف (نليل تنشق المخدرات). (ج)

وجود آثار لمحاولات فتحار سابقة (قطع شرايين اليد مثلاً). د) وجود التشوهات الخلقية و هـ) وجود آثار عنف بلاوية على جلد المفحوص (قد تكون دليلاً على ما زوشيته لو قد تنشأ عن صدمة ذات أثر في سلوكه الحالي... الخ).

## ٢- فحص الجهاز العصبي:

وهو فحص أساسي في الطب النفسي ويهدف إلى تحديد امكانيات وجود تلف عصبي من شأنه أن يؤثر في الحالة النفسية للمفحوص. ويحدد هذا الفحص إلى تحديد الاصليات الذاتية والموضوعية للمفحوص وكذلك دراسة ارتكاساته العصبية. ومن المهم الانتباه أثناء الفحص العصبي للنشاط النفسي - الحركي للمفحوص إلى مراقبة حركته (يمكن أن يكون مصحلاً بالشلل الارتعاشي أو أن يعاني شكلاً من أشكال الصرع... الخ) والفحص العصبي يكتمل من خلال مراقبة مشية المفحوص هذه المشية التي يمكنها أن تعكس عدداً من الاصليات العصبية كما نلاحظ في الصور التالية:

## ٣- فحص الجهاز التنفسي:

لا من الممكن أن يتعرض المريض لصعوبات جمة، قد تؤدي بحواقه وذلك في بعض حالات المرض النفسي - العصبي كالصرع<sup>(١)</sup> أو الامتناع<sup>(٢)</sup> قسراً عن تناول المخدرات بعد إدمانها... الخ.

١- كداء نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal) وخاصة في حالات السوء المزمن (Mal Épileptique) فإن المريض يوشك على الاختلال بسبب الاضطرابات العصبية - الدماغية المرافقة القوية وبعوضاً بسبب ابتلاع المريض لسانه. لهذا فإن الخطورة الملاجية الأولى في هذه الحالات هي تأمين تنفس المريض.

٢- وترقق الامتناع عن المخدرات بمظهر الصلابة (Sever) - فنتمنى في هذا الموضوع انظر فصل الاضطرابات النفسية بولوجية المنشأ - فقرة المخدرات.



مشية المصاب بآفة عضلية.



مشية المصاب بآفة منهام (Tabès)



تمثل هذه الصورة أحد أكثر أنواع الشلل  
الهمستيري شيوعاً وهو شلل العصب الـ  
حقوي (المعروف بعرق النسا) لاحظ كيف  
يجر المريض رجله المشلولة. وبالطبع فإن هذا  
الشلل يمكن أن يكون ناجماً عن إصابة  
عضوية حقيقية.



مشية المصاب بالشلل النصفي التشنجي.

وفي النهاية نعرض هذا الجدول الذي يلخص مختلف المشيات المريضة



مشية للمصاب بشلل جزئي في كعبيه



مشية المصاب بالمشيخ



مشية المصاب بالسهم



مشية المصاب بالاختلاجات تشنجية



مشية المصاب بشلل إقنالي



مشية المصاب بآفة عضلية



مشية المصاب بشلل نصفي تشنجي



مشية المصاب بشلل عرق النساء



الشلل الهستيري حيث يجر المريض قدمه باتجاه السهم



المشي الأعرج وهو لدى المصاب بلوجاع عرق النساء وغيرها من الأوجاع في كعبيه

#### ٤- فحص الجهاز الهضمي:

ويهدف هذا الفحص إلى تحديد أنواع العقاقير الواجب تجنبها في علاج المريض. وكذلك تحديد وجود اضطرابات نفسية - وظيفية في هذا الجهاز مثل القولون المتوتر (مرض كرون)، أو حصص المعدة. وكذلك تحديد وجود أمراض هضمية ذات منشأ نفسي<sup>(٣)</sup>.

#### ٥- فحص القلب والأوعية الدموية:

في حال إصابة المريض النفسي بمرض قلبي فله من الطبيعي أن نوجه العناية الرئيسية لمعالجة هذا المرض. وذلك قبل المباشرة بالتشخيص أو بالفحص النفسيين. أما إذا كان هذا المرض القلبي غير مؤثر، أو كان يحظى برعاية اختصاصية، بشكل يسمح للفاحص أن يقوم بفحصه فإن المرض القلبي يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار سواء لجهة الفحص أو لتشخيص أو للعلاج<sup>(٤)</sup>.

#### ٦- فحص الغدد الصماء:

ذلك أن اضطراب إفراز هذه الغدد يؤدي إلى اضطراب التوازن الهرموني في الجسم. وهذا ممكن أن ينعكس من خلال تغيرات سلوكية عديدة تطرأ على شخصية المفحوص<sup>(٥)</sup>.

٣- لتتفق نظر الأمراض النفسية وعلاجها - مرجع سابق الذكر.

٤- إن الإصابة بأمراض القلب تشترط حذر الفاحص وتوقفه في تجنب وإلقاء هذا المريض من الانفعالات العنيفة ومن التكررات المولمة. كما أن هذه الإصابة تعارض مع احتمال الحدوث من الآلية النفسية. أما عن الاضطرابات النفسية المتعلقة باضطرابات القلب فسيأتي ذكرها في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

٥- انظر فقرة الاضطرابات النفسية في فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.



## ٧- فحص العين:

ونخصص له فقرة منفردة في هذا الفصل.

## ٢- دراسة العين

لم تعد العين مجرد نافذة نطل من خلالها على نصبة المفحوص، محاولين تحديد سلوكه من خلال لون العينين، كبرهما أو من خلال نظراته، بل تعدت (أي العين) ذلك لتصبح عنصراً رئيسياً من عناصر التشخيص المرضي وبشكل خاص في تشخيص الأمراض النفسية. وذلك بعد وضع أسس ما يسمى بـ: علم دراسة القرحة (Iridologie).

وحقيقة الأمر أن الربط بين اضطراب القرحة والحالة الجسدية لشخص ما هي فكرة تعود لي أسسها إلى العام ١٨٧٠ حين لاحظ ليغزات بيشولي Ignatz Peczeley تغيرات واضطرابات في القرحة الميوقات المصابة بجروح أو بمرض. كما لاحظ لختفاء هذه الاضطرابات لدى شفاء الحيوانات.

واليوم بعد دراسات مستفيضة في هذا المجال استطاع الباحثون أن يضعوا أسس علم الدراسة القرحة. وقسم هؤلاء الباحثون القرحة إلى اثني عشر قسمًا (مثل الساعة) بحيث يمس كل قسم منها حالة واحد من أعضاء الجسم. وذلك وفق الصورة التالية:

ومكنا فإن ملاحظة الناحية البقعة بيضاء في منطقة أحد الأعضاء تعني إصابة هذا العضو بمرض ما. فإذا كانت هذه البقعة في مكان عقرب الساعة الثالثة فلها تعني وجود مرض رئوي. أما إذا كانت البقعة مكن عقرب الساعة السابعة فهي تعني إصابة البروستات أو المبيض... الخ. على أن ما يهمنا في هذا المجال هو الدلالات النفسية لفحص القرحة هذه الدلالات التي يشرحها البروفسور جان كلود هودريه Jean Claude Houdret (رئيس المعهد الفرنسي لدراسة القرحة) كالتالي:

إن فحص القرحية وفق الرسوم الظاهر في محيط القرحية يستطيع لخصائي دراسة قرحية العين أن يحدد العضو المصاب وأن يكشف مختلف المظاهر المرضية فيه.



حسب موقع العلام على  
القرحية يستطيع لفحص القرحية  
لتكشف الأمراض المرضية.

لا يلقي الفحوصات والتحليل الطبية التقليدية ولكنه أسهل منها، أبسط وأوفر. ولعصم القرحية ممكن أن يسد ثغرة كبيرة في الأساليب التقليدية للفحوصات الطبية فكثيراً ما يلتجأ مريض محصلاً بمقات لا تنتهي من الفحوصات تثبت أنه سليم معافى. ومن الطبيعي ألا يقتنع المريض بهذه الفحوصات نحن لا نستطيع أن نقول المريض بأنه معافى في حين يعاني هو من الآلام ويوشع فعلاً بأنه مريض.

ويتابع الدكتور هودريه: إن هؤلاء المرضى من الشنجيين (Spasmophylie) الذين يعانون اضطرابات نفسية - فيزيولوجية. هؤلاء هم تلك الفئة من الناس التي تركز قلقها النفسي على هذا العضو أو ذلك. الأمر الذي يتسبب بظهور اضطرابات وظيفية في هذا العضو. ومن هذه الأمراض النفسية - الوظيفية (Psycho

(physiologique) يذكر هورديه حالات المخص، تقلصات المعدة، الشقيقة، صعوبات الهضم المولدة، الإمساك، الاسهال، اضطرابات النوم... الخ.

وهذه الأمراض تشخص بدقة بفحص القرحية البسيط في حين تفشل أكثر الآلات تطوراً في تشخيصها.

ولستعرض الآن مبادئ فحص القرحية فلاحظ:

(١) إن اختلاف لون القرحية، من عيون لأخرى لدى ذات الشخص، يعني النصف الجسدي (إذا لم يكن خُلقياً).

(٢) إذا كانت القرحية مركزة، منتظمة ومحدودة، فإنها تعكس صحة المغموص الجسدية ويعد عن الأمراض النفسية. إلا أنها تعني أيضاً أن تمرض هذا الشخص للشدة (Stress) من شأنه أن يؤدي إلى ارتفاع نسبة الدهون في الدم وكذلك فإن هذا التمرض يؤدي إلى احتمال إصابة المغموص بأمراض الشرايين التاجية (احتشاء قلبي، ذبحة.... الخ) في بأمراض القلب النفسية<sup>(١)</sup>.

(٣) عندما نلاحظ قطعاً في شاشة القرحية فإن ذلك يعني اضطراباً وظلماً متطوراً وحالة نفسية غير مستقرة.

(٤) في حالات التخلف العقلي يظهر فحص القرحية اضطرابات مختلفة باختلاف وضع البؤبؤ بالنسبة لمركز القرحية. كالحول متعدد الاتجاه، الحول المختلف الاتجاه، عدم ثبات البؤبؤ، شلل النظر (الجابية بشكل خاص)، انحلال البقعة الصفراء في شبكية العين، إضافة إلى الاضطرابات التي تنجم عن وهن العصب البصري.

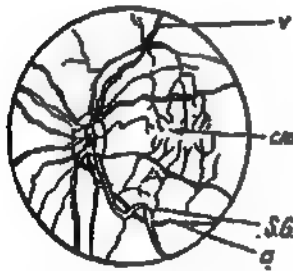
٦- أمراض القلب النفسية - مرجع سابق الذكر.

٥) في حالة القوة شبيهة بالبركسونية نلاحظ ظهور حركات العين السريعة مصاحبة أولاً بألم العنق وميلاته. مما قد يوحي بتشخيص الهستيريا إلا أن الحقيقة هي أن هذه المظاهر تدل على حالة تسم بالمخمدات العصبية أو بالمخدرات.

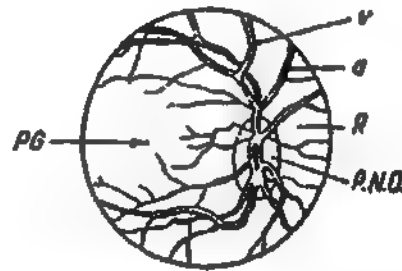
٦) العشى الهستيري: حيث يلاحظ عدم وجود تثيرات عضوية أو في القرنية.

٧) إيمان الكحول والتخمين: نلاحظ نتيج التهاب التسمي للعصب البصري.

٨) ارتفاع الضغط: عندما يدخل هذا المرض في مرحلته الثالثة والرابعة فإنه قد يصبح مصحوباً باضطرابات نفسية متنوعة. ففي هذه المراحل نلاحظ ظهور الاضطرابات التكررية، ذبول القدرات الذهنية، اللامبالاة، عدم وعي المريض واضطرابات نفسية متنوعة. وهذه الاضطرابات تنبئ في بعض أعر العين على النحو التالي:



صورة تثل أعر العين المرضي لمرضى  
مصاب بارتفاع الضغط الشرياني في مرحلته  
الثالثة.



صورة تثل أعر العين الطبيعي

## ٢- الفحوصات المخبرية ونظيرة العيادة

وهذه الفحوصات لا يعد الفحص إلى اجرائها ما لم يتأكد من ضرورتها. وفي حال توصل الفحص إلى نتيجة مفادها ضرورة إجراء هذه الفحوصات لأن

المفحوص في هذه الحالة يصبح مريضاً بالمعنى الطبي ولذلك فإننا سنعمد لاستخدام كلمة المريض عوضاً عن المفحوص. وهذه القحوصات هي التالية:

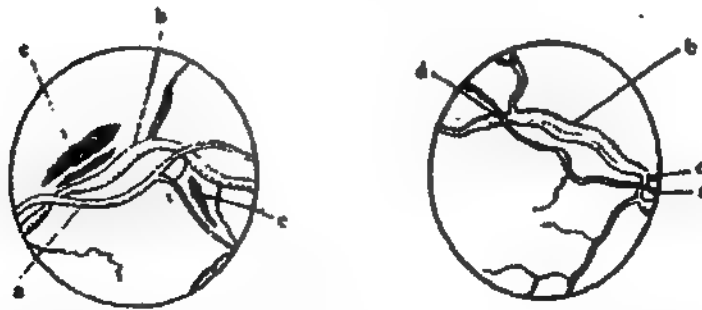
#### ١- فحص العين:

مما تقدم رأينا الأهمية التي ينسب بها فحص العين. ولكن القحوصات المخبرية للعين هي من عمل الأخصائي. ولذلك سنكتفي بسردها مع شرح بعض التفاصيل المتعلقة بها. وهذه القحوصات هي:

١- Ophtalmodynamométrie: وهو كناية عن قياس ضغط الدم في الشريان الرئيسي للشبكة. هذا الضغط الذي يساوي في الحالات الطبيعية نصف ضغط الدم في الذراع. ومن خلال هذا الفحص نستطيع أن نكتين فعالية الدورة الدموية في الدماغ.

#### ب- فحص الحقل البصري.

ج- Ophtalmoscopie: ويتيح لنا هذا الفحص رؤية قعر العين بطريقة بسيطة وسهلة. ومن شأن هذا الفحص أن يساعدنا في تحديد عدد من الاصابات في أعصاب العين (Atrophic optique, Névrite optique etc...) وتعرض هذا بعض الصور المتعلقة بفحص العين.



صورة قعر عن مريض في حالة ارتفاع الضغط صورة قعر عن نازف. والذريف حاصل على ويبدو فيها تقاطعان بين شريان العين ووريدها مستوى تقاطع الشريان (a) مع الوريد (b).

## ٢- فحص الأشعة العصبية:

وهذا الفحص يجري بعدة وسائل مخبرية يحددها الفحص (الطبي العصبى) وهذه الوسائل هي:

أ- التصوير الشعاعى الجمجمة: وتساعدنا هذه الصور على تحديد وجود تشوهات في عظام الجمجمة سواءً كانت هذه التشوهات خفية أو ناجمة عن حوادث ورضوض.

ب- تصوير الأورام بالكمبيوتر (Tomographie Compiutérisée): ويحدد هذا الفحص في تحديد وجود أورام أو تشوهات دماغية.

ج- (Pneumo Encéphalographie): وتتلخص هذه الطريقة بتصوير المناطق الدماغية بعد سحب السائل الشوكي بآلة خاصة ومن ثم الحقن التدريجي بالهواء مما يولد فراغاً يسهل عملية التصوير. ويجب الحذر في مثل هذه الفحوصات من ارتفاع ضغط الدم في الدماغ.

د- Angiographie Système Carotidien: وهذه الطريقة تستخدم حقن مادة الـ Contrast.

هـ- Scinyigraphie Cérébrale: التسجيل الشعاعى للدماغ. وتتلخص هذه الطريقة بتصوير توزيع أيونات اليود والتاليوم المشع في الدماغ.

و- Encéphalocarotidogramme: وهي عبارة عن اخذ عازات مشعة (Interne) وذلك من طريق الحقن في الشريان الأبهري (Carotide). وهذه الطريقة تتيح لنا أن نقوم بالوقت ذاته بقياس الدورة الدموية في مختلف أنحاء الدماغ.

ز- التصوير الشعاعى المسجل (Radioscintigraphie): وهي تقنية تشبه التسجيل الشعاعى ولكنها تتم من طريق حقن الـ Radiotracteur مباشرة في السائل الشوكي.

كما أن هناك وسائل عديدة منها: التخطيط الدماغى بواسطة محبس لاقط - مرسل، التخطيط بالموجات ما فوق الصوتية، التخطيط الحرارى... الخ. أما الوسيلة الاحدث فهي تصوير مناطق الدماغ بالرنين المغناطيسى M.R.I. - Magnetic Resonance Imaging).

## ٢- تخطيط النشاط العضلى (Electromyogram).

وهذا التخطيط يتيح لنا تحديد كفاءة وتكامل الخيوط العصبية الحركية، الوصلات العصبية (Synapse) وكذلك اللوحات العصبية. وتخطيط للنشاط العضلى يتيح لنا تحديد أمراض مثل الوهن العضلى، التهاب نهايات الأعصاب واضطراب التوصيل العصبى - العضلى. وهذه الطريقة مفيدة أيضاً فى تشخيص زيادة تفرز البرقية (المستقرة) والكزاز الكامن (Tétanie latente).

## ٤- التحاليل الكيميائية

إن أهم التحاليل الكيميائية المستخدمة فى ميدان الفحص النفسى - العصبى هي تحاليل السائل الشوكى (L.C.R). وهذه التحاليل لا تجرى عادة ما لم تكن ضرورة للتشخيص. وهذا ما يحدث فى حالات مثل التهاب السحايا - الأعصاب<sup>(٦)</sup> الناتج عن الزهري.

وفى الحالات الطبيعية يكون حجم السائل الشوكى مؤلفاً لـ  $140 \pm 30$  مل لدى البالغ. و ٨٠ - ١٢٠ مل لدى المراهق أما لدى الرضيع فهو لا يتجاوز لـ ٤٠ - ٦٠ ملولتر.

أما عن ضغط السائل الشوكى فيختلف باختلاف وضعية جسد المريض وباختلاف المنطقة التى تقاس فيها هذا الضغط. وفى الحالات الطبيعية يكون هذا

٧- تظهر قراء الالتهابات فى فصل الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ.

الضغط في حدود ٤٥ (سم<sup>٢</sup> مياه) في وضعية الجلوس، في منطقة الفقرات القطنية ولدى البالغ. والسائل الشوكي يبدو صافياً، رقيقاً ولكنه ممكن أن يتعكر في لمرض عديدة. فهو:

أ- متعكر ويحتوي على القيج في حالات التهاب السحايا المترافقة بتحريك متعددت النواة.

ب- مائل للاحمرار ويحتوي على الدم في حالات النزيف.

ج- مائل للاخضر وذلك في حالات نادرة منها التهاب السحايا الناجم عن المكورة للرئوية.

د- مائل للبنى وذلك في حالات نادرة أيضاً. منها التهاب السحايا المصحوب بالنزيف وبالجرثيم اللاهوائية.

أما من حيث تحليل السائل الشوكي وتحديد الخلايا التي يحويها. فمن الملاحظ أن السائل الشوكي يحتوي على العناصر التالية:

أ- من صفر إلى ثلاثة كريات لمفاوية (Lymphocyte) في كل مليمتر مكعب منه.

ب- الزلال (Albumine): وهذا الزلال إذا ما زادت نسبته عن ٠,٣ غ بالآلف وكان المريض مصاباً بارتفاع عدد الكريات اللمفاوية إلى ١٠ فأكثر في المليمتر المكعب الواحد. فإن هذه الدلائل قد تشير إلى التهاب السحايا الفيروسي أو إلى بداية شلل الاطفال، أو إلى ضربة الشمس.

ج- نسبة السكر في السائل الشوكي. ونعمد إلى هذا التحليل في حال التهاب السحايا حيث ترتفع نسبة السكر إذا كان السبب فيروسياً أكثر من ارتفاعها إذا كان السبب بكتيرياً.



د- نسبة الكلور في السائل الشوكي. هذه النسبة التي تسوي ٧ - ٧,٤ غرام بالألف في الحالات الطبيعية. فإذا ما تمنت هذه النسبة إلى ما دون ٦ غ/كان ذلك علامة لالتهاب السحايا بسبب السل.

هـ- حامض اللبنيك (Acide lactique): ونسبته الطبيعية ١,٥ - ٢,٢ m Eq/ Litre وترتفع هذه النسبة في التهاب السحايا البكتيري.

و- الكحول الأيثلي (Alcool Éthylique): ويظهر في السائل الشوكي في حال التهاب السحايا الفطري.

#### ٥- التخطيط الكهربائي للدماغ<sup>(٨)</sup>

يصر البعض على إعطاء هذا التخطيط أهمية قصوى. في حين يميل البعض إلى الانقاص من هذه الأهمية. وعلى أية حال فإن هذا التخطيط هو وسيلة الوحيدة لتكون فكرة تقريبية عن النشاط الفيزيولوجي للدماغ. فهذا التخطيط لا يترجم سوى جزء من حيوية الدماغ الكهربائية. والتخطيط يترجم هذه الحيوية بشكل موجات من شأنها أن تساعدنا في التشخيص كما في تحديد المناطق الدماغية المصابة.

والحقيقة أن الموجات، التي يسجلها جهاز تخطيط الدماغ، تبدو في ظاهرها شديدة التعقيد وصعبة التصور. ولكن هذه الصعوبة ليست سوى ظاهرة. ذلك أن قراءة هذا التخطيط تكفي الخطوات التالية:

أ- تحديد مواصفات الموجات المسجلة من حيث شكلها، ترددها وسعتها (Amplitude).

ب- أن يعرف الفاحص الأشكال الطبيعية للموجات أثناء، بيناء، نيتا وثلثا التي تتلوه على الظهور في التخطيط الطبيعي.

وللتعرف على مواصفات هذه الموجات يمكن مراجعة الجدول التالي:

٨- محمد أحمد النابلسي: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية، ١٩٨٩.





## الفصل السادس

# الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ

- ١- الاضطرابات الناجمة عن اضطرابات الأرض.
- ٢- الاضطرابات المصاحبة لأمراض القلب.
- ٣- الاضطرابات المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية.
- ٤- الاضطرابات الناجمة عن الالتهابات.
- ٥- الاضطرابات المصاحبة للأمراض النفسية.
- ٦- الاضطرابات الناجمة عن تشوه الصبغيات
- ٧- الاضطرابات الناجمة عن التسمم.
- ٨- اضطرابات الحمل والولادة.
- ٩- اضطرابات العمر.
- ١٠- الاضطرابات النماحية.



لم تستطع الثقافة العريضة على الفيلسوف الفرنسي ديكارت - الصمود في وجه المظاهر الحيادية المتشابهة الملاحظة لدى المرضى سواء أكانوا نفسيين أم جسديين. ولقد كانت بداية التراجع، لهذه النظرة الثقافية، على يد العالم جاسبرز (Jaspers) الذي أحيا الفكر الطبي التقليدي من خلال إصراره على ضرورة النظر في التسلسل الزمني للأحداث، وفي عوامل نفسية محددة، بغية فهم العلاقة السببية بين هذه العوامل وبين المرض الملاحظ عيانياً والمقنني بمظاهر نفسية وجسدية.

هذا وتشير معطيات الأدب الطبي إلى أن علماء العرب كانوا الأوائل في التاريخ الإنساني من حيث تمثلهم المبدأ التجريبي والنظرية العضوية للأمراض النفسية، فهي هو ابن سينا يبرهن على دور الانفعال النفسي في حدوث الاختلال في التوازن الجسدي. وذلك من خلال تعرض الحمل لانفعال الخوف من الذئب لغاية وفاة الحمل بسبب استمرارية تعرضه للأنفعال. كما ربط ابن سينا بين الانفعال العاطفي وبين زيادة نبض القلب من خلال علاجه للأمور العاشق. وتطول قائمة هذه الحالات لدى العلماء العرب مروراً بالقرن الذي استخدم الموسيقى كوسيلة علاجية وبالفكر الطبي الذي كان وراء بناء اليماموسنقات وعزل المرضى النفسيين في أحد أقسامها مع احترام حقهم في المعاملة كمرضى وليس كأجساد تسكنها الأرواح ولا تبارحها إلا من طريق ضرب المريض وتطويعه.

إلا أن التطورات العلمية الحديثة تجعل معاصرنا ينظرون إلى هذه المنطلقات القذة على أنها من المنطلقات الطبية الفلسفية. ولكن دون أن يعي ذلك أنهم ينتقصون من قيمتها بل أنهم ينظرون إليها بما يائق بها من أجدال واحترام. وهم يستبدلونهم بمعطيات تجريبية معاصرة تأيد من تقدم العلوم وأدبرتها على التحديد الدقيق للعوامل المرضية (وإن كانت هذه القفة لم تصل بعد إلى المستوى المطلوب للإجابة على كافة هذه الأسئلة).

إن هذا التداخل بين النفسي والجسدي قد أعاد النظرة الكلية للاتصال فلم يعد بالإمكان تفكيك علوم الشفاء إلى فروع متخصصة تعنى بالأجزاء وتهمل الكل، فالكلية بلغت تطرح نفسها كضرورة ملحة في ممارسة كافة العاملين في ميدان الشفاء مهما كانت اختصاصاتهم ومشاريعهم. ومن بين هؤلاء الاختصاصي النفسي الذي لم يعد قادراً على نهج المنهج الدينامي دون النظر إلى احتمالات وجود خلفية عضوية للمظاهر النفسية المتعددة لدى طالب العلاج النفسي. فهذا الإهمال من شأنه أن يعقد الأمور وأن يسمح بتطور المرض وصولاً إلى المرحلة التي يستحيل فيها تحقيق النتائج العلاجية الكافية. وعلى الاختصاصي النفسي أن يدرك تمام الإدراك أهمية التشخيص وواقعة أن التشخيص السليم يقود إلى العلاج غير المناسب مانعاً بذلك تحقيق النتائج. ومن طبيعة الأمور القول أن التشخيص الجيد لا يتحدد إلا من خلال المتابعة الدقيقة للحالة بكافة جوانبها ومعطياتها.

ومن خلال التشخيص التفريقي الذي يعمل على التفريق بين مختلف الحالات المرضية التي يمكنها أن تملك بعض العلام والمظاهر المرضية المشتركة. ولكي نكون أكثر وضوحاً فلنأخذ بعض الأمثلة على ذلك.

### الحالة الأولى:

مریضة (٢٩ عاماً) تتوجه إلى العيادة النفسية طالبة المساعدة بسبب معاناتها من مظاهر نفسية ممكنة الإدراج في حالة العصاب، مضطحة لها فقدان الدواعي ومنها الشهوة الأمر الذي تسبب في نقص وزنها لفائدة الهزال.

في هذه الحالة على المعالج النفسي ألا يحصر اهتمامه بالمظاهر العصبية ويحدد الميول المرضية النفسية بل أن من واجبه أن يولي الأعراض الجسدية اهتمامه كي يتبين امكانيات عكسها لاضطرابات أو لأمراض جسدية معينة. فنقص الوزن هذا قد يكون ناتجاً عن أمراض جسدية مثل زيادة إفراز الدرقية أو الإصابة

بالسل أو بأحد أنواع السرطانات... الخ والمريضة المشل فيها اعلاء كفت تعاني  
ولمّا من مرض السرطان.

### الحالة الثانية:

طفل (٤ سنوات) يمرضه أهله على العادة النفسية بسبب تباطؤ نموه الذهني.  
في هذه الحالة يتوجب على الاختصاصي النفسي أن يلقي احتمالات الإصابة  
العضوية قبل مباشرته أي نوع من أنواع العلاج النفسي وحتى قبل قبله بتطبيق  
اختبارات الذكاء وغيرها.

ويظهر فحص هذا الطفل معاناته المظاهر التالية: تباطؤ نفسي - حركي مع  
تباطؤ نمو المهارات النفسية - الحركية ومظاهر تباطؤ النمو الذهني. أما على  
الصعيد الجسدي فنلاحظ المظاهر التالية: تورم الاغشية وبواسها والوجه مستدير  
وبدين ويوهي بالتباطؤ الذهني. ولتقران هذه المظاهر يوهي باصابة الطفل بتصور  
فراق الدرقية وهذا ما اثبتته التحاليل المخبرية. وبهذا فقد تم علاجه بالهورمونات  
ليحصل على نتائج مقبولة وكافية.

ماذا كان يحدث لو أن المعالج النفسي أصل التامة العضوية وعمل الطفل  
على أنه متخلف عقلياً (استناداً لتحديد درجة ذكاه اعتماداً على أمد لاختبارات  
الذكاء؟)

في مثل هذه الحالة كان تصور الدرقية يتحول إلى الأزمان مما يقتضي لمكافآت  
علاجه بحيث يصبح العلاج الهورموني عاجزاً عن تعويض القوحي العقلية ونالجاً  
جزئياً في تعويض التوافيق الجسدية.

### الحالة الثالثة:

امراة في الأربعين تعالج منذ سنوات من أجل المظاهر الرمائية التي تعانيها  
(خاصة رهاب الساح) ليقتين فيما بعد أنها تعاني من تضلل الصمام البترالي



(Pro-Tapsus Mitrale) ولقد هو المسؤول عن نوبات الاستفزاز التي ولدت ارتكاس  
للخوف لدى هذه المريضة .

#### الحالة الرابعة:

رجل في الخمسة والثلاثين بحال منذ سنوات من أجل حالة من الوسوس  
المرضية المقرنة مع الخوف من الموت. وهو قد أمضى في البداية ثلاث سنوات  
متنقلاً من اختصاصي آخر بحثاً عن أسباب الاضطرابات الجسدية التي يشعر بها.  
وكما فشلت المحاولات في تحديد هذه الأسباب كانت وسوس المريض ومخاوفه  
تزداد حدة. ثم تم تحويله إلى العلاج النفسي ومن ثم عاد إلى العيادة الطبية ليتم  
اكتشاف أسباب اضطرابه الجسدي وكانت ناجمة عن عدم استقرار جهازه العصبي  
النباتي. (Labile Neuro-vegetative).

أمام هذه الوقائع نجد أن من واجب الاختصاصي النفسي أن يكون ملماً بالأسس  
الاحيائية للسلوك وبمبادئ هذه الأمم. وذلك كي يتمكن من النظر إلى مرضاه  
نظرة كلية لا تفرق بين النفس والجسد. والواقع أن هذه النظرة الكلية قد تحولت اليوم  
إلى اختصاص منفرد هو الطب النفسي أو البسيكوسوماتيك (وهذا الفرع يحتم على  
الاختصاصي أن يكون حائزاً لشهادة الطب).

وهكذا فإننا ندعو الاختصاصي النفسي لاتخاذ موقف أدري<sup>(١)</sup> (براغماتي)  
يساعده على تكوين هذه النظرة الكلية.

وبتلخيص هذا المبدأ بالتشخيص الذي نتمسده الجمعية الأميركية للطب النفسي  
والذي يتلخص باعتماد المبادئ التالية.

١- التشخيص الطبي - العقلي بمعنى الكلمة.

١ - من حيث المبدأ فإننا نعارض هذا الأسلوب في الرؤية والتعامل مع الاضطراب النفسي ولكن هذا  
الأسلوب يحافظ بالضرورة على ضبط التشخيص خلال معطيات الخمسة (وخاصة بالنسبة لغير الأطباء).

٧- تحديد نمط الشخصية واضطراباتها.

٨- تشخيص الأمراض الجسدية المصاحبة للمظاهر النفسية.

٩- تقييم دور العوامل النفسية في نشوء الاضطراب.

١٠- تقييم قدرة المريض على التكيف الاجتماعي.

وبما أن حديثنا يقتصر على موضوع الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ فإننا سنعتمد فيما يلي على عرض مجموعة من الجدول والصور التي تدعم الاختصاصي النفسي في تشخيصه للأمراض الجسدية التي تصاحب الاضطراب النفسي. وتحديداً تلك التي يمكنها أن تكون مسؤولة عن حدوث الاضطراب. ولي هذا المجال نعرض للاضطرابات الاحيائية التالية:

١- الاضطرابات العقلية الناتجة عن اضطرابات الايض.

٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية.

٤- الاضطرابات العقلية الناتجة عن الالتهابات.

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغذائية.

٦- الاضطرابات العقلية الناتجة عن نشوء الصبغيات.

٧- الاضطرابات العقلية الناتجة عن التسمم.

٨- اضطرابات الحمل والولادة.

٩- اضطرابات العمر.

١٠- الاضطرابات الدماغية.

### ١- الاضطرابات الأيضية وأثرها في السلوك

إن تأثير السلوك والوعي بالاضطرابات الأيضية ينبع من أثر هذه الاضطرابات على الخلية العصبية وذلك سواء على مستوى أيض الطاقة أو على مستوى اضطراب



التراجع والتحسن. ونقل احتمالات شفاء المظاهر النفسية كلما كان الاضطراب الايضى أكثر قِرمًا (لأنها تكون قد تكرست بشكل شرطي).

### ج- الفحوصات المخبرية والعلاجية:

وتهدف هذه الفحوصات الى تحديد أسباب نشوء الاضطراب الايضى. ويمكن لتخطيط الدماغ أن يقدم لحرفًا بعض المعطيات الداعمة للتشخيص. ولكن للفحص الأهم هو فحص فرز المكونات .

أما على الصعيد العلاجي فيجب التركيز على الفحص الطبى- العصبى وعلى فحص نعر العين للتأكد من الانعكاسات الجسدية للاضطراب الايضى وعلاقته بالحالة النفسية.

فرز المكونات الملون (Chromatographie) وتطبق هذه التقنية لفرز المواد التي يحتويها بول المريض المصاب بالاضطراب الايضى.

وهذه التقنية أقل كلفة من شبيهاتها وهي تستطيع أن تكفم تشخيص اضطرابات لايضية عديدة مثل:

زيادة فرز الحوامض الأمينية وال- Macroergique وال-  
Mucopolysacharide

وفيما يلي نعرض ملخص المظاهر الجسدية والنفسية والفحوصات المخبرية الداعمة لتشخيص الاضطراب الايضى.

## ١- أجنول الاضطرابات العقلية الناجمة

### عن الاضطرابات الايضية:

#### ١- نقص فيتامين ب (١):

##### أ- مزمن - مرض بري بري<sup>(١)</sup>

##### ب- حاد - عطل دماغي من نوع بيرنيكية<sup>(٢)</sup>

المظاهر النفسية: تناثر نوراستنيا<sup>(٣)</sup> ومظاهر قلق والهياج وتناثر خيل<sup>(٤)</sup> يتحول بعد اعطاء الفيتامين ب (١) الى اضطراب ذكري شبيه بتلار كورساكوف<sup>(٥)</sup>.

المظاهر الجسدية: عدم كفاية القلب مع ورط الأطراف ومظاهر عصبية (تتميل وشلل تشنجي بداية ولونغاني لاحقاً) وتصلب التآزر وتشوش الرؤية.

المفوصات المخبرية: قياس نسبة تركيز ال- ب (١) في المصل. ومدى تحمل Priuvati وقياس ال- Transketalase في الدم. ويطه موجات الدماغ.

#### ٢- نقص فيتامين ب (٦):

المظاهر النفسية: نزق<sup>(٦)</sup> وتناثر خيل (يترجع مع العلاج).

١ - Beri Beri: مرض بري بري وينجم عن نقص فيتامينات ب<sup>١</sup> غالباً بسبب سوء التغذية.

٢ - Erniche: بيرنيكية وهو عطل دماغي يطل المسامات الكثيرة والثلاثة المنطقة الخلفية للعمس الدماغي ومعدلاتها في نقص الحاد. وهو يتجلى - بحمة تغطي بسوء القوم ويفرغ الحديث.

٣ - Neurasthenic: نوراستنيا أو الجفاء وهو ضعف نفسي مزمن للجهاز العصبي يتمكن بالتعب.

٤ - Confusion: الخل وهو حالة من قلة الوعي التي تشبه حالة التخيير أو السكر الخسيمي.

٥ - Sakr. Korsakov: ويتجلى باضطراب ذاكرة (فلسي - رجعي) تركز على فترة معينة. مما يؤدي الى عدم توجه المريض في الزمان والمكان.

٦ - Irritabilité: النزق وهو حالة استغفر نفسي تكدي بالتجارات غضب أو فرح غير متكرر.

المظاهر الجسدية: غير ملاحظة.

الفحوصات المخبرية: تكثر موجات دلتا في تخطيط الدماغ. وتزول بعد العلاج.

٣- نقص فيتامين ب٦:

(الحامض النيكوتيني) ويعرف بمرض البلاغرا *Pilagra*.

المظاهر النفسية: تناثر نوراستقيا مع وسواس مرضية وتهيار قلبي أحياناً. واضطراب التفكير والذاكرة. وفي الحالات الخطيرة تناثر كورسكوف لوعته<sup>(٨)</sup> بطيء الاستقرار.

المظاهر الجسدية: اضطرابات معدية - معوية اضطرابات جلدية - مغلطية. الفحوصات المخبرية: فحص الجهاز الهضمي الفحوصات الأخرى لا تظهر شيئاً حاسماً.

٤- نقص فيتامين ب (١٢):

أ- تصور العامل المعدي الداخلي - يولد قردم من نوع بيرمير.

ب- أسباب أخرى.

المظاهر النفسية: تهيار ونعاس وانحطام التودد، فقد الإرادة وتناثر خبل (في حالات النقص الكبير). وانخفاض القدرات الذاقية ونادراً اضطرابات ذاكرة.

٨ - Demence: البتة وهو حالة تمكس تلقاً دماغياً تدريجياً غير قابل للترجيع. ويحدث بالانحطام الترجمة في الزمان والمكان والتفان للذاكرة وهوان الأرائيل وجرحه نفسي - حركي.

المظاهر الجسدية: تتأثر فقر الدم وتناذرات مرضية فقدان الشهية والقيء واضطراب البلم تتأثر عصبي هرمي<sup>(٩)</sup> أو شبه خراعي<sup>(١٠)</sup> .  
 الفحوصات المخبرية: فقر دم من نوع بيرمير<sup>(١١)</sup> (Biermer) واختبار شيلنغ<sup>(١٢)</sup> لوجلي.

٥- نقص حامض الفوليك<sup>(١٣)</sup>:

(فقر دم نظير بيرمير)<sup>(١٤)</sup>

الفحوصات المخبرية: تولى الفولات Folate في الدم.

٦- عدم كفاية التنفس: Insuffisance Respiratoire (تسمم بثاني أكسيد الكربون)

المظاهر النفسية: انزعاج مع ميل الحبور وسيلان الحديث واضطراب الوعي (من الخدر<sup>(١٥)</sup> ولغاية الخبل).

٩ - Pyramidale: هرمي- وتتأثر الهرمي ويمكن على مسمد العضلات الانزيمية بحيث يزيد نشاط هذه العضلات ويصيب بمظاهر شبيهة لثال .

١٠ - Pseudo Tabétique: نظير الخراي - والفراخ أو السهام هو مظهرية إصابة السلس المزمنة للدماغ والجهاز العصبي . وهو يظهر بعلام عصبية محددة وبمشية خاصة .

١١ - Anémie Biermer: وهو فقر الدم الناجم عن قصور العامل المعدي الداخلي Facteur Intrinsèque ويتجلى بكم حجم الكريات الحمر وانخفاض عددها وزيادة عدد الكريات البيضاء وزيادة سرعة ترسب الدم.

١٢ - Test Shilling: هو اختبار حوي خاص بالهنتون ب (١٢).

١٣ - Acide Folique حامض الفوليك وهو يلعب دوراً هاماً في الأيض العصبي . وهو يستخدم حالياً مضاداً في المهدئات السليمة لانه يدعم مغزوها.

١٤ - Pseudo - Biermer: فقر دم نظير بيرمير.

١٥ - Obnubilation: هو اضطراب كمي في حجم وفي وضوح الوعي - يدعى دغش الوعي مما يؤثر في أنشطة القوى الانزيمية . وهو يتراوح في حته من حالة لاخرى ويتطور نحو الذبول.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف واضطراب الرؤية وعلائم تسممية). مع عثرة التنفس والأزرقاق.

الفحوصات المخبرية: قوام نسبة غاز ثنائي لأكسيد الكربون والأكسجين في الدم. مع قوام وظائف الكلى.

#### ٧- عدم كفاية البنكرياس: Insuffisance Pancreatique

المظاهر النفسية: حالات هياج قلبي واضطرابات وعي (حالات التباس وعي أو نومية) تشبه حالات الذهان الارتعاشي.

المظاهر الجسدية: آلام معدية حادة (بعد الطعام أو بعد تناول الكحول) مع غثان وقيء وتشنج وأحياناً حالة صدمة مع أو بدون فقدان الوعي.

الفحوصات المخبرية: تلاحظ زيادة في - ليهافز وإييز والسكر والكريات البيضاء مع نقص الكلس.

#### ٨- عدم كفاية الكبد: Insuffisance Hepatique

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسيطة إلى الحادة). مع وهن نفسي - جسدي وذبول خبلي - نومي وقد الإرادة.

المظاهر الجسدية: علائم عصبية (ارتجاف، نوبات شبه صرعية وتشنج هرمي - خارجي) مع تسارع النبض وزيادة القمراض واضطرابات هضمية دون اليرقان وأحياناً تضخم الكبد والطحال.

الفحوصات المخبرية: موجات دلتا ونقص البروتين والكلويستيرول ووقت كوينك وB.P.S وارتفاع ال - (١٦).

١٦- G.P.T/G.O.T: هي خماز قلبي عن وظائف الكبد وعلى مستوياتها لا دلالة لها لما ارتفاعها لمن ٢ إلى ٢٠ مرة) فإنه يشير لما إلى التهاب الكبد ولما إلى وجود ذبحة قلبية.



و V.S.H و CDSO و G.O.T و G.P.T والفوسفات القلوي.

#### ٩- عدم كفاية الكلى: Insuffisance Renale

المظاهر النفسية: اضطرابات الوعي (من البسطة إلى المتطورة) وفقد الإرادة وخيل هيجاني أو فقدان وعي جزئي.

المظاهر الجسدية: فقدان الشهية غثيان، قيء اسهال، دم في البراز وعثرة لتكلس وتسارعه، وسعال مع قشع وارتفاع الضغط وعلم كفاية القلب والتهاب عضله مع تناثر قرح وحكاك وورم وعلائم عصبية (ارتجاف، ارتعاش عضلي ونوبات شبه صرعية).

الفحوصات المخبرية: احتباس البول والكرياتينين<sup>(١٧)</sup> مع ميل الدم نحو الحموضة (ارتفاع البوتاسيوم وانخفاض الصوديوم).

#### ١٠- زيادة السكر في الدم: (داء السكري) Diabete

المظاهر النفسية: تناثر نفسي - عضوي واضطرابات وعي<sup>(١٨)</sup> تستقر تدريجياً مع ازمان المرض وصولاً إلى فقدان الوعي.

المظاهر الجسدية: زيادة الشرب والتبول واضطرابات عصبية تستقر تدريجياً مع تقدم المرض.

الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسبة السكر في الدم. وجود السكر في البول.

١٧ - Creatinine: مادة ناتجة عن أيض الكرياتين ونسبتها في الدم ثابتة (٨ - ١٨ مغ/لتر) وهي تعطينا معلومات عن وظائف الكلى. وتنخفض في حالات قصور الكلى.

١٨ - Sydr. Psycho-Organique: التناثر النفسي - العضوي - وهو تناثر تتظاهر خلاله المظاهر النفسية المفترقة بسبب وجود اختلال عضوي (إما بسبب السمات مثلاً أو بسبب إصابة عضوية مباشرة).

### ١١- نقص السكر في الدم: Hypoglycémie

المظاهر النفسية: تعب وقلق ومظاهر قلق تنبؤي على شكل نوبات خفيفة مع  
 هياج واضطرابات وعي يمكن أن تصل إلى حدود فقدان.  
 المظاهر الجسدية: عاتك بسيطة (ارتجاف، تعرق تسرع نبض، عاتك متطورة  
 تشنجات عضلية عاتك باينسكي<sup>(١٩)</sup> وفقدان وعي كلي).  
 الفحوصات المخبرية: تنخفض نسبة السكر في الدم إلى ما دون ٥٠ مغ %.

### ١٢- البرفيرية: Porphyrine

المظاهر النفسية: نزع مع نوبات بكاء وقلق وقلق وهجس المرض وتناثر  
 خيل أو نيام وحالات ذهانية.  
 المظاهر الجسدية: اضطرابات هضمية (آلام البطن الحادة وغثان وقيء  
 وامساك). اضطرابات عصبية محيطية (غياب الارتكاسات وتراجع نمو العضلات  
 وتتميل الأطراف ولوجاع عضلية حادة - يمكن لهذه العاتك أن تلتزم أو أن تنوب).  
 الفحوصات المخبرية: ارتفاع نسب الـ Porphobilinogen والـ Alpha  
 Acide Aminolevulinic.

### ١٣- مرض ويلسون: Wilson (تراجع وتسمير خلايا الكبد)

المظاهر النفسية: تناثر نورسناويا تخيلات عاطفية مبهمة نادراً فترات ذهانية  
 وتراجع القدرات الذهنية.  
 المظاهر الجسدية: تضخم الكبد - الطحال واضطرابات عصبية بدءاً من  
 الهرمية الخارجية<sup>(٢٠)</sup> وانتهاء بنوبات صرع من نوع جاكسون<sup>(٢١)</sup> وتشلل النصفي.

١٩ - Signes Extrapyramidales: عاتك باينسكي.

٢٠ - Epileptic Extrapyramidales: عاتك خارج هرمية.

٢١ - Epileptic Jackson: صرع جاكسون - وغداً نوبته على جانب واحد من الجسم ويمكنها أن تتعدى

تصبح مصمة.

الفحوصات المخبرية: وجود حوامض أمينية في البول مع بروتين وسكر.  
انخفاض نسبة التحلل في الدم. فحص العين يظهر خاتم القرنية Kayser  
Feischre - خزعة الكبد.

### ١- ب الاضطرابات الأيضية الولائية:

تمت أبحاث الأيض المراقبة للطفل منذ ولادته أنظر الباحث غارود (Garrod). وما أثبت أن اضطرابات اعتساق الطعام والأطباء المهتمين بأمراض الطفولة وبخاصة العقلية منها. وتعتمد دراسة هذه الأعطال على التعرف على أليات الأيض بهدف تحديد الأمراض الموروثة في هذه الأعطال ولتحديداتها وبخاصة على المسجد التالي.

هذا وتصنف أعطال الأيض الولائية على النحو التالي:

### ١- اضطرابات أيض البروبيونات (Metabolisme Propionate):

١- حموضة الدم البروبيونية والميثيكل مالونية (Acidemie. Propionique et Methylmalonique) وتبدأ منذ الولادة بالتقو القلبي الذي لا يحده ليدل حليب الأم بالطبيب الصناعي. مما يؤدي إلى تراجع وزن الطفل وإلى زيادة بلغة في حموضة الدم. الأمر الذي يؤدي بالطفل إلى الدخول في حالة غيبوبة عميقة.

وفي حال تخطي الطفل لهذه المرحلة فإنه يتلج نموه مع احتمالات ظهور اضطرابات دموية لديه (خاصة في عمر ٦ - ١٢ شهراً حيث تظهر لديه حالات سيلان الدم). ثم لا يلبث أن تنمو مع تطور مرض تكلس العظام (ومن هنا كمسور عظمه المتكررة).

إن العلاج المبكر والحاسم لهذه الحالة من شأنه أن يجنب الطفل المعاناة العقلية بحيث ينمو طبيعياً من الفحولة العقلية والذكائية. أما في حالات ظل العلاج أو تعدله فإن هذا الطفل يصبح متخلفاً عقلياً أو هو يموت مبكراً.

## ٢- نقص الكاربوكسيلاز المتعدد: Dificit multiple de Carboxilase

وينجم عن اضطراب أيض البيوتين (Biotine). ويتبدى هذا الاضطراب من خلال مظاهر جلدية (طفح جلدي ذو لون أحمر فاقع وقابل للقيح). ويمكن لهذا النقص أن يترافق مع حموضة الدم (تطرأ لفترة سابقة).

## ٣- زيادة تركيز الأمونياك في الدم. (Hyperamoniemie)

للمواليد الذكور المصابون بهذا العطل يموتون غالباً عقب الولادة. أما الإناث فيعيشن لتظهر لديهن مظاهر التخلف العقلي.

## ٤- ظهور الفنتيل - سيئون في البول:

### (Phenyl-ketone- Urie/ .P.K.U)

وينجم عن عدم قدرة الجسم على تحويل الفينيل الاين الى ثيروزين. والطفل المعاني لهذا الاضطراب يتحول الى الإعاقة العقلية القاسية في حال عدم علاجه.

## ٥- ظهور الهوموسيستين في البول: (Hgmocystin Urie)

ويرتكل هذا الاضطراب الى عجز الجسم عن أيض الفولامين ب (١٢). مما يمكنه أن يؤدي الى موت الطفل المبكر. وفي حال نجاة الطفل فإن اعمال علاجه يمكنه ان يؤدي الى اضطراب سمجته الضلعة المتعد مع جلطات وعائية- دموية. مع ما تحت الاتخلع البلوري (الذي الولادة أو لاحقاً) وأحياناً يبدأ بظهور المياه الزرقاء أو المياه السوداء في العين أو هو يبدأ بانفصال الشبكية.

وبسبب الجلطات الدموية يمكن لهذا الطفل أن يموت نتيجة انسداد شرياني على مسعد الدماغ أو الرئة أو الكلية أو الاوردة. كما ان هذا الطفل يملك قدماً مسطحة.

والتخلف العقلي ليس قاعدة في هذه الحالات. وفي حال ظهوره فإنه يستقر بصورة تدريجية ويبدو أنه ناتج عن الجلطات الدماغية الصغيرة والمتكررة التي تصيب هذا المريض.

#### ٦- مرض ليش نيهان (Lesch - Nyhan).

ويرتبط هذا المرض بخلل في الصبغة من (كروموزوم X). وهو يصيب الذكور. ويمكن للمريض أن يولد وأن يتم بشكل طبيعي لغاية بلوغه سن ٦-١٨ شهراً.

أولى بوادر المرض ظهور كميات من بلورات الحامض البولي في بول الطفل (على شكل رمل). ويمكن أن يعاني الطفل في ألامه الأولى من حصى الكلية أو من البول الدامي. ثم تبدأ علامت المرض بالاستقرار تدريجياً. فإذا ما استقرت فإن الطفل يعجز عن الجلوس وعن المحافظة على وضعية رأسه العملية بدون مساعدة (ولقدرة الطفل على التنقل تسبب هذا التشخيص) وفي هذه الحالات يكون التخلف العقلي قاعدة. ومن مظاهره ميل الطفل لإيذاء نفسه بحيث يشوه جلده في منطقة الهم والاصابع (انظر الصورة). كما تتبدى لديه الحساسية نحو الآخر ونحو ذاته. وغالباً ما يعجز عن النطق الصحيح وإذا ما نطق فإن حديثه يكون عدوانياً.

#### ب- اضطرابات الأيض التخزينية:

##### أ- اضطراب حمض السكر المخاطي (Mucopolysaccharidose):

ومن أنواعه تايور هيرلر (Hurler) ويبدأ المرض بالتظاهر من خلال التقي الأري والتهاب الأنف المزمن. ومنذ السنة الأولى من عمره تبدأ ملامح هذا الطفل بالتضخم مع تضخم اللثة. أما على صعيد العين فليها تصاب بتكثيف القرنية لغاية فقدان البصر. أما على الصعيد العقلي فإن العمر العقلي لهؤلاء الأطفال لا يتجاوز عمر السنتين.

ومن أنواع هذا الاضطراب نذكر أيضاً تناثر هاتر وهو مرتبط بظلل في العصبية من (كروموزوم X) ينتقل بشكل متنح. وهو أقل حدة من سابقه هيرلير.

## ٢- مرض موروكيو - برايسفورد (Moroquio . Brailsford)

وهو ناتج عن الاقتران المباليغ للكبريتوسلفات (Keratosulfate) في البول، وهو يتظاهر ببطء النمو الجسدي وتضخم الفك وتكثف القرنية وتشوهات في هيكل الجسم (جذع بشكل برمبل أو رقبة قصيرة أو ركة معوجة... الخ) والمرض وراثي متلحي.

## ٣- تناثر سان فيليبو (San Filippo).

ويشبه هذا الطفل ذلك المصاب بتناثر هيرلير (انظر الصورة) ولكن التشوهات تكون أقل حدة. أما التخالف العقلي فإنه يكون مماثلاً في الحدة. أما عن العلامك الدقيقة لهذا التناثر فنجملها على النحو الآتي:

- (١) تعابير الوجه متضخمة. (٥) فم مفتوح مع لسان وشفاة متضخمة
- (٢) تكثف القرنية. (٦) المفاصل غير متحركة.
- (٣) ضغط السمع. (٧) راحة اليد والأصابع على شكل مخالب.
- (٤) فتحات الأنف عريضة. (٨) تضخم كبد - طحال معتدل.

(ب) الاضطرابات القلبية - الوعائية وأثرها في السلوك:

تترافق اضطرابات القلب والأشرايين مع مظاهر عكوية متنوعة تفرح بين المظاهر العصائية وبين المظاهر الانعكافية مروراً بالتأثر في وعي المريض. ويمكننا تعريف هذه العلامك استناداً إلى النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية بدرجات مختلفة.
- ترافق هذه الاضطرابات النفسية مع الأمراض القلبية - الوعائية.

### الاشكال العيادية للاضطرابات القلبية:

من بين الاضطرابات القلبية الوعائية المؤثرة في السلوك سنناقش التالية:

- عدم كفاية القلب المعالومة (خلل صمام أو مرض عضلة القلب).
- الأحياء القلبية.
- ارتفاع ضغط الدم الشرياني.
- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر.

### التطورات المرضية:

ان تطور الاضطراب النفسي، المرافق لهذه الحالات، يرتبط مباشرة بتطور الحالة التي سببتها. إذ تزداد الاضطرابات النفسية أثناء نوبات المرض وأثناء فترات تحوله من معالوم إلى لا معالوم. كما أنها تزداد بازدياد حدة أعراض المرض. وهكذا فإن تطور هذه الحالات النفسية يرتبط مباشرة بمسار المرض. أولهما مدى تطور المرض وثانيهما الأكثر الجسدي الذي يخلفه المرض. وخاصة على صعيد القلب والدماغ.

## ٢- الاضطرابات العقلية المصاحبة لأمراض القلب والشرايين

### ١- عدم كفاية القلب المعالومة Insuffisance Cardiaque

.Compensee

المظاهر النفسية: قلق واضطراب ليلي أرق وأحلام مزعجة تشييق لقلق الوعي فترات خيل وهذيان وأحياناً محاولات انتحار .

المظاهر الجسدية العامة : - عثرة التنفس لدى (الجهد) سعال ناشف .

- تنفس من نوع كين - ستوك .

- احساس البول وتضخم القلب والكبد مع أترقاق ومع انتفاخ الأوردة .

الفحوصات المخبرية : - أشعة للقلب (تضخم حوضه الدم) .

- تغير في نسبة الستون .

- تغيرات في أنس الكبد والكلى .

## ٢ - الإحشاء القلبي Infarctus Myocardic

المظاهر النفسوية : \* المرحلة العادة : قلب بالغ مع خوف من الموت وهياج أو غمود نفس حركي. وفي ٢٠٪ من الحالات تظهر حالة خيل حادة مع ذهول أو هياج أو هذيان.

\* مرحلة النقاهة: فترة قلق حاد مع انهيار ثم فترة استعادة التوازن. وخلالها: وهن نفسي- حركي مظاهر انهيارية، انخفاض الذكوة والانتباه، موجات بكاء.

المظاهر الجسدية العامة: آلام حادة في منطقة القلب وتبدأ بشكل حاد ومفاجئ ويمكنها أن تمتد إلى الظهر أو إلى اليد اليسرى. مع غثيان وفيه وهن وشحوب وتقرق بارد وأترقاق الأطراف وهبوط الضغط وتسارع النبض وخسوس صوت دقاته وحرارة (٣٨,٥ درجة).

الفحوصات المخبرية:- تكثر الخلايا البيضاء.

- تسارع ترسب الدم ثم نقصه بعد التوبة.

- زيادة السكر.

- زيادة ال- T.G.O.

## ٣ - ارتفاع ضغط الدم الشرياني: H.T.A.

المظاهر النفسوية:- وهن نفسي - جسدي نزق وتقلوع المزاج مع مظاهر قلق وتهيلز ولرق.



- فترات خبل عابرة خاصة أثناء الليل (تسمى نوبات "Marchend").
- انخفاض للفترة الهلالية.
- المظاهر الجسدية العامة: - خفقان القلب وعثرة للتنفس وآلام في منطقة القلب.
- تضخم القلب (المرحلة ٢ وما بعد).
- صداع ودوار.
- المحوصات المخبرية: - فحص شعبة لتبين اتساع الشريان الأورطي الصاعد؟
- تخطيط للقلب.
- فحص قمر العين.
- ٤- عطل دماغي ناجم عن ارتفاع الضغط:
- المظاهر النفسية: صداع حاد ونوبات تشنجية. - صرعية واضطرابات الوعي (بدرجات مختلفة) وانفعال وتراوح المزاج وضيق قوة الأطراف ومظاهر انهيارية.
- المظاهر الجسدية العامة: ضغط شرياني تقبضي أكثر من ١٤.
- المحوصات المخبرية:
- فحص قمر العين
- عاتك عدم كفاية القلب والكلى.
- ٥- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر
- المظاهر النفسية: صداع، وهن، دوار، اضطراب الرؤية، تميل الأطراف، لرق نزق، تراوح المزاج، ميل لانهيار، تراجع القوى الذهنية، مراحل خبل، انهيار ذهني وحالات هوس.

المظاهر الجسدية العامة: يمكن أن يترافق مع تصلب الشرايين المحيطية، ارتفاع الضغط بحيث يكون الانبساطي أكثر من (١١)، علائم عدم كفاية القلب، أعطال عصبية محدودة (إلا إذا تم اكتشاف المرض من خلال حادث عصبي - وفي هذه الحالة تظهر التغيرات الصرعية).

الفحوصات المخبرية: - تصوير شعاعي (يمكّن تكلس الشريان الأورطي).

- فحص ثور العين وتظهر فيه علامة Sallus - Gunn.

٦- تصلب الشرايين الدماغية المنتشر مع تراجع عقلي - أحياي.

المظاهر النفسية: - تراجع عقلي (تقلد شبه البصلي).

- عدم القدرة على الحفاظ على التوجه الزمني والتعرف الخاطئ، هذيان الارهاق، تراجع عقلي - دماغي هام.

المظاهر الجسدية العامة: اضطرابات عصبية متفرقة (مظاهر شلل، حركات ارادية محدودة، زيادة الحركات اللاارادية، فقدان القدرة على التعبير من خلال الوجه، فقدان القدرة على تموج الصوت، اضطراب المشية، سلس البول عدم التحكم بالبراز.. الخ.

الفحوصات المخبرية: مثل سابقه.

٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية التراجعية:

إن الاضطرابات النفسية المصاحبة للأمراض العصبية هي اضطرابات جذيرة بالدراسة والملاحظة. ومن الخطأ اعتبار الأولى كنتيجة حتمية للتقية. ذلك أن الناس لا يستجيبون بطريقة واحدة أمام الإصابات العصبية.

فالحادث الدماغية عنه يمكنه أن يؤدي إلى شلل شخص وإلى اضطراب الوعي لدى شخص آخر. بل إن إصابة الشلل (أو اضطراب الوعي) يمكنها أن تتراجع لدى شخص وإن تستمر لدى آخر.

وهكذا فإن ما يجمع الأمراض العصبية مع المظاهر النفسية المرتبطة لها هو كون الاثنين يسيران نحو الأسوأ (لأن الأمراض العصبية هي أمراض تميل نحو التعقيد مع زوالها).

ويمكننا تعريف عناكم هذه الاضطرابات النفسية انطلاقاً من النقاط التالية:

- اضطرابات نفسية غير نوعية.
- اضطرابات عصبية متلفة.
- فحوصات نظيرة العيادية (نوعية- تدعم التشخيص).
- التطور نحو التلف.

ج- الأشكال العيادية للأمراض العصبية التراجعية:

- الشلل الرعاشي Maladie Parkinson
- تصلب الرقائق Sclerose en plaques
- زهايمر هونتينغتون Corhee Huntington
- استسقاء الرأس (مع ضغط طبيعي) Hydrocephalie
- مرض جاكوب كروتزفيلد Maladie Jakob- Greutzfeldt
- التطورات المرضية:

تؤدي هذه الأمراض إلى دفع المريض نحو التكوّن الحيق في ماضيه. وهذا أمر يؤثر في تكامل الشخصية ويساهم في التدهور الوظيفي، وخاصة لجهة تنامي الانتكاسة مع الشعور بالعجز الذي يخلق مشاعر الاضطهاد والشك لدى المريض.

الفحوصات المخبرية:

إن هذه الأمراض تحتاج إلى فحوصات عيادية ونظيرة العيادية الدقيقة. والفحوصات المطلوبة لتأكيد تشخيص هذه الأمراض هي الفحص الطبي - العصبي والطبي النفسي العياديان. إضافة إلى تخطيط الدماغ وفحص السائل الشوكي وفحص العين إضافة إلى الفحوصات الحديثة المساعدة على التشخيص.

### ٣- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض العصبية

١- مرض باركنسون Parkinson أو الشلل الرعاشي.

المظاهر النفسية: - اضطرابات عصبية مع مظاهر انقباضية ونزق.

- علام اضطراب الشخصية (الشك، الاهتمام بالذات بشكل أدني بالغ).

- اضطرابات عصبية تتطور تدريجياً على أساس الحبور.

- اضطرابات ذهانية - انقباضية أو ذهانية (نادرة).

المظاهر الجسدية العامة: - انخفاض الحركة.

- زيادة نشاط العضلات

- الارتعاش المميز للشلل الرعاشي.

الخصائص: - انخفاض أوضاع الأمنيات الدماغية الآحادية.

- في ٤٠٪ من الحالات تظهر موجات بيتا في التخطيط الدماغية.

- تخطيط العضلات يظهر نشاطاً عضلياً تلقائياً.

٢- تشابك الفقرات العصبية Leuconeuvraxisite أو تصلب الرقائقي

Sclerose en Plaque.

المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية (مراوحة مزاجية من الحبور إلى

الكآبة) - انقباض (رد فعلي أمام المرض).

- اضطراب الشخصية: مظاهر هوسية وانطوائية.

- اضطرابات من نوع العته.

- اضطرابات ذهانية (نادرة ومستقرة خلف العوارض السابقة).

المظاهر الجسدية العامة: - تناثر عصبي هرمي.

- تناثر مخيخي.

- دوار.

- تشوش الرؤية.

- الفحوصات: - ارتفاع نسب الـ القلوغاما غلوبولين.
- فحص نسر العين (انفلاق وحادث شرياني حول الشبكية).
- تغيرات مميزة في فحص السائل الشوكي.
- تخطيط الدماغ (غير محدد).
- ٣- زفن هوتنغتون **Hutington Corrhoe**.
- المظاهر النفسية: - اضطرابات مزاجية.
- اضطراب الذاكرة والانتباه تتطور تدريجياً.
- اضطراب الذاكرة (فقد).
- اضطرابات ذهانية (ذهانية أو إهليلجية).
- المظاهر الجسدية العامة: - حركات ارتجافية.
- انخفاض النشاط العضلي.
- ارتكاسات المفاصل مرتفعة.
- الفحوصات: - تخطيط الدماغ (غياب أو شبه غياب لموجات ألفا).
- تخطيط العضلات (موجات غير منتظمة).
- ٤- استسقاء الرأس مع ضغط طبيعي للمسائل الشوكي:
- Hydrocephalie**
- المظاهر النفسية: - تقلص الذاكرة بشكل تدريجي وصولاً إلى تناذر كورساكوف.
- إهليلج.
- فقر الحياة النفسية.
- تناذر تخشبي في الحالات المتطورة.
- المظاهر الجسدية العامة:
- اضطراب المشية.
- شلل الأطراف التشنجي.

- سلس البول:-
- تشوش الرؤية:-
- ارتكاسات الرضاعة والتعلق تكون منخفضة.
- المحوصات:- تخطيط الدماغ يظهر موجات بيتا وبيتا.
- تمدد البطونيات الدماغية (R.M.I) ويؤكد فحص الـ Cisternographie.
- -مرض جاكوب - كروتزفيلد - Jakob-Creutzfeldt.
- المظاهر النفسية:- في البداية تتأخر نوراستاتيا مع مظاهر قلق وانفعال.
- مظاهر عضلية.
- لاحقاً بتطور المرض نحو الاختلال العقلي العام والته مع بكم.
- المظاهر الجسمية العامة:- تأخر هرمي خارجي.
- اضطراب الأعصاب الجمجمة.
- تشوهات المفاصل.
- صعوبة المشي نتيجة إصابة المخيخ (ارتجافات مقصودة).
- المحوصات:- تخطيط الدماغ: موجات منخفضة عشوائية وبيتا منخفضة عشوائية وبيتا رأسية.
- الشلل الشوكي: زيادة نسبة البروتينات.
- تراجع نحو اللحم واستسقاء جانبي في بطين ولحد (R.M.I).

#### 4- الاضطرابات العقلية المصاحبة للإكتهايات:

تتعدد الاضطرابات النفسية، المرافقة للأمراض الاكتهائية، تنوعاً كبيراً. ويمكن لهذه الاضطرابات أن تسبق الاكتهاب أو ترققه أو تأتي بعده.

والواقع أن علم المناعة النفسية قد توصل اليوم إلى إرساء وتبيان العلائق بين الحالة النفسية للشخص (وإكساستها الفيزيولوجية) وبين قابليته للإصابة بالاكتهابات.

هذا ويمكننا تحري هذه الاضطرابات انطلاقاً من المعطيات التالية:

- اضطرابات نفسية متنوعة المظاهر.

- علاج المرض الالتهابي.

- الفحوصات التي تثبت وجود الإتهاب.

الأشكال العيانية للالتهابات:

من الالتهابات المؤثرة في التوازن النفسي للمريض اخترنا للكلام على:

• ذات الرئة الحاد.

• الزكام (الجرب).

• التهاب الكبد الفيروسي الحاد.

• الحمى المالطية.

• السيل.

• الملاريا.

التطورات المرضية:

ترتبط حدة الاضطرابات النفسية ومستقبلها بالحالة الالتهابية. إذ تختفي هذه

الاضطرابات مع شفاء المريض. ولكن يجب ألا يخيب عن بالنا إمكانية تسبب بعض

الالتهابات الخطيرة (السيل، ذات الرئة الحاد) في تغيير المصاب العصبي

والوساوس المرضية لدى بعض المرضى.

الفحوصات العيانية والمخبرية:

• الفحوصات المعتادة.

• أشعة الصدر.

• فحص القاع.

• للفحوصات المناعية.

• زراعة البول والبراز.

#### ٤ - الاضطرابات العقلية المصاحبة للالتهابات.

##### ١ - التهابات ذوات الرئة الحادة Pneumonie Aigue infectieuse

المظاهر النفسية:

- تقلل خيل.

- في الحالات المتطورة يظهر الهذيان الناجم عن ارتفاع الحرارة.

- وسواس مرضية (فكرة).

المظاهر الجسدية العامة:

- ارتعاش مع برودة

- حرارة

- آلام صدرية.

- سعال.

- علكم للتركيز الرئوي.

الفحوصات:

- أشعة الصدر.

- زيادة الكريات البيضاء (وخاصة متعددة النواة).

- زيادة ترسب الدم. - فحص الشع.

##### ٢ - الزكام (نزلة وحمى) Grippe.

المظاهر النفسية: - تعيق الاضطرابات العقلية وتشجع ظهور انعكاساتها.

- تقلل اهتمام التآزر والنشاط.

- تقلل خيل لدى الأطفال والشيوخ.

- تقلل نوراستيا (ثناء فترة النقاهة) وعلامة قهيرية.

المظاهر الجسدية العامة: - الحرارة.

- صداع.



- سيلان الأنف والحجورة.

- سعال نزيق.

الفحوصات: - صورة الصدر تظهر ترشحا عابرا.

- زيادة مضادات الأجسام (أضعاف).

- فحص القلع: يظهر وجود الفيروس.

٣- التهاب الكبد الفيروسي الحاد. **Hepatitis Virale aigue.**

المظاهر التنفسية: - تناثر انهيارى لمدة طويلة.

- تناثر خبل بدرجات متفاوتة.

- تناثر نوراستاكيا (غالبا في البداية لو في فترة النقاهة).

المظاهر الجسدية العامة: - يرقان وغثيان.

- قزحاج في منطقة الكبد.

- البول ملون.

- البراز بدون لون.

- حرارة في البداية.

- الكبد متضخم وحساس.

الفحوصات: - فحص الدم: ارتفاع الـ T.G.P. واليوسفاتاز القلوية. ولإسلاح

المرارة والـ Urubilinogen في البول.

- فحوصات مناعية من نوع AG HB, AC HB.

٤- الحمى المالطية **Brucellose.**

المظاهر التنفسية: تناثرات نوراستاكيا وخبل ونولم.

- هذيان حاد.

- تناثر وسواسي (قصامي المظهر) لو هذيان في فترة النقاهة.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة بسيطة متواصلة.

- آلام مفاصل وصداع وتعرق.

- تضخم الدواقيع.

- تورم الغدد اللمفاوية مع تضخم الكبد والطحال .

الفحوصات : - زراعة الدم ليجلية أثناء المرحلة الحادة .

- اختبار تحت الجلد بمادة Bruceline يكون إيجابياً .

٥- السل Tuberculose.

المظاهر التنفسية: - تنذر نوراستقيا.

- تنذر هذباتي غير محدد (الكلار صوفية وفيروسية "غلمية" وهايزلي

الاضطهاد) يتصلب أحياناً مع الهرب المرضي أو الأفعال الطبيعية غير الشرعية.

- ميول التهابية- تطوائية

- ميل صيق نحو التآكل.

المظاهر الجسدية العامة: - ما تحت الحصى مع تعرق.

- انخفاض في الوزن.

- تردي الحالة الصحية العامة.

- سعال نزق بتيمة ظهور الشع.

- ظهور صدى خاص في الرئتين.

الفحوصات: أشعة تظهر تجويف السل.

- التنظير الشعبوي.

- اختبار تحت الجلد.

- زراعة في دم الحيوان تظهر وجود جرثومة كوخ لو عدم وجودها.

٦- الملاريا Malaria.

المظاهر التنفسية: - اضطراب بدني.

- مخاوف مرضية.

المظاهر الجسدية العامة: - حرارة متزايدة.

الفحوصات: - فحوصات مخبرية.

- زراعة الدم والبول والبراز.

- تصوير شعاعي للرقبتين.

٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للأمراض الغدية:

إن الاضطرابات العقلية، المصاحبة للاضطرابات الغدية، هي اضطرابات تمتاز بتلوعها من حيث القدة ومن حيث مظاهرها. وتعود هذه الاضطرابات إلى العلاقات المتشابكة بين الغدد والجهاز العصبي والتوازن النفسي العام للشخص.

ويمكننا تحري وجود هذه الاضطرابات انطلاقاً من المطبات التالية:

١- وجود الاضطراب النفسي.

٢- وجود العلامات العادية المميزة لاضطراب الغدد الصماء.

٣- وجود الاضطرابات الهرمونية.

الأشكال العادية:

تختلف الاضطرابات النفسية باختلاف الاضطراب الغدي المسبب لها. وفيما يلي نعرض لاضطرابات إفراز الغدد الصماء (انظر الجدول).

التطورات المرضية:

يرتبط تطور الاضطراب النفسي في هذه الحالات بتطور الاضطراب الغدي. لذا ما استمداد الجسم توازنه العصبي - الهرموني (من طريق إصلاح الخلل الغدي) فإن الحالة النفسية تعود بدورها إلى الاستقرار.

الفحوصات المخبرية:

يتقضي الاضطراب الغدي إجراء الفحوصات الهرمونية الخاصة بالغدة الصماء موضوع الاضطراب. كما أن التداخل بين وظيفة الغدد الصماء وارتباطها

فيما يبلها من خلال آلية الأثر الرجعي (Bio feed Back) يقتضي إجراء الفحوصات التالية:

- الفحوصات المعادية.
- الأيض الأساسي.
- تعطيط الدماغ.
- أشعة لمنطقة السرج القكري.
- فحص قعر العين.
- فحوصات تهييج وضع الهرمونات المعنية.
- تناثر Cushing لوجه مورد لحر اللون، يوحى بالصحة. ولكن تعابيره شبه معدومة. وهو يوحى بالطيبة والوداعة.

تناثر كوشينغ، (السمنة والشرلين الظاهرة).

## ٥- الاضطرابات العقلية المصاحبة للاضطرابات الغدية.

### ١- نقص الفراق الدرقية Hypothyroidie.

المظاهر النفسية: - تباطؤ وانحطاط نفسي. - حركي (تباطؤ النمو الذهني لدى الأطفال)، ويتجلى ب:- انخفاض الانتباه والتشيط واضطراب الذاكرة وانخفاض الحركة والتفاعل للماطفي والشبهة.

- مظاهر عصبية وأحياناً ذهنية.

المظاهر الجسدية للعلامة: - الأغشية باهية ومتورمة والشعر خفيف، ويتساقط والصوت خشن والوجه ملون ومستدير (كالبقر).

- تباطؤ النبض.

- إمساك.

- ضعف جنسي.

- نزيف العادة الشهرية.

الفحوصات: نقص الأيض الأساسي  $70\%$  وزيادة الكوليستيرول وتغيرات في تخطيط القلب (زيادة سعة الموجات) والعضلات والدماغ (نقص سعة الموجات).  
لهورمونات TSH, PBI, T منخفضة.

## ٢- زيادة الفركال الدرقية Hypothyroidie.

للمظاهر النفسية: تسارع القدرات النفسية (زيادة الانتباه البتقائي والإرادي) مع نقص الذاكرة (الجهة القدره على الخط) مملوحة مزاجية هامة ونزق وقلق، وزيادة حركة. كلها تشكل مظاهر عصبية وأحياناً ذمائية.

المظاهر الجسدية العامة: جموط العينين والشعور بالحرارة.

- زيادة نبض القلب والوهن العضلي والتمرق والإسهال وزيادة الشهية مع نقص الوزن. ولوتجاف الأطراف.

الفحوصات: - زيادة الأيض الأساسي ونقص الكوليستيرول.

- لارتفاع تركيز الهورمونات  $T_3, T_4$ .

## ٢- نقص الفركال الجنب درقية Hypo Parathyroidie.

للمظاهر النفسية: انخفاض الانتباه والذاكرة والتركيز. مع قلق ومظاهر قهقريّة ورهاب.

- تظهر العلامك الذمائية في حالات الانخفاض الحاد نسبة للكلس.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد نائف، الشعر يتساقط نادر، وهن عضلي،

آلام وتقلصات في الأحشاء، زيادة التهيج العصبي - العضلي.

الفحوصات: - نقص نسبة الكلس.

- تخطيط القلب تمعد QT, ST.

- تكثف العظام في الصور الشعاعية.

#### ٤- زيادة إفراز الجنب درقية Hyper Parathyroidie.

المظاهر النفسية: فقدان القدرة على المذاكرة. انخفاض سرعة البديهة والتركيز البالغ وانخفاض الشهية والوهن النفسي - الجسدي والانهيار أحياناً.  
مظاهر ذهنية وفقدان الوعي في الحالات المتطورة.  
المظاهر الجسدية العامة: تنخرات في شكل العظام كسور في العظام الطويلة وآلام فيها.

تكون حمى الكلى ونشاف الجلد والغثيان والقيء وآلام المعدة.  
الفحوصات: - ارتفاع نسبة الكلس (فوق ١٢ مغ/ل).  
- زيادة الفوسفات.

- شعاعياً تظهر العظام متعرية من الكلس وهشة وعرضة للكسور.

#### ٥- نقص إفراز الكظرية للحالية Corticosurrenale.

المظاهر النفسية: تناثر مكاع (نوراستنيا) وهم وكلق وأحياناً مظاهر ذهنية وتناثر خبل وغيوبة تعالج بتعويض النقص الهرموني.  
المظاهر الجسدية العامة: لون الجلد بني غامق مع انخفاض الوزن وضعف العضلات وانخفاض الضغط ونسبة السكر في الدم مع غثيان وقيء.  
الفحوصات:

- نقص الكورتيزونات.

- نقص الصوديوم وزيادة البوتاسيوم.

- موجات عالية وبطئ في تخطيط الدماغ.

#### ٦- زيادة إفراز الكظرية للحالية مرض كوشينغ (Cushing).

المظاهر النفسية: عدم التوازن العاطفي المزاجي مع غضب واحتياج وثورة وأحياناً تناثرات ذهنية مزاجية، مع برودة جنسية وانقطاع العادة الشهرية.

المظاهر الجسدية العامة: الجلد رقيق مع بضع بقع رضوية تحت الجلد. الخدود حمراء ويقع حمراء في منطقة البطن وزيادة سمكة الأنسجة الدهنية في الوجه والرقبة والجذع وتراجع نمو العضلات وتكلس العظام وارتفاع الضغط.

الفحوصات:

- زيادة للكورتيكوزون.

- زيادة السكر.

٧- زيادة الغرل الكظرية المركزية Medullo - Surrenale.

المظاهر النفسية: قلق أساسي عارم يصل الى قمته أثناء النوم وتصابه علامات خوللية ثم يظهر الخبل بعد النوم.

المظاهر الجسدية العامة: نوبات ارتفاع ضغط تسارع نبض القلب شحوب واحمرار.

الفحوصات: زيادة نسب الكاتيكولاتين. اختبار Regitine ايجابي تشير الى نسر العين.

٨- زيادة الغرل النخامية الأمامية (الكلمة Acromegalie).

المظاهر النفسية:

- مزاج انهياري خاصة كونه فعل على تشوه الجسد والوجه خاصة.

- فقدان النشاط والحيوية.

- عجز جنسي وانقطاع الحيض.

المظاهر الجسدية العامة: تشوه في تقاطيع الوجه وانخفاض نبض القلب وعسر التنفس مع اضطرابات هضمية في حال توافق هذه الزيادة مع داء السكري فإلها تؤدي الى عدم كفاية القلب.

الفحوصات:

- زيادة القوسفات والقوسفور.

- نقص هضم السكر.

- ارتفاع S.T.H في المصل. Hyperhydroxi Pirokinetic.

٩- نقص التركيز التخامية الأمامية

المظاهر النفسية:

- تباطؤ ذهني مع صعوبات التركيز والانتباه والخط

- تباطؤ حركي ونفسي.

- عجز أو برودة جنسية.

المظاهر الجسدية العامة: رقة الجلد وشعوبه لينة فقدان اللون مع عدم نمو

الشعر. انخفاض نبض القلب وضغط الدم وحرارة الجسم.

الفحوصات: نقص في الهرمونات.

F.S.H - L.H - T.S.H - A.C.T.H - S.T.H.

لخبرات دينامية لتبيح لوز الهرمونات.

١٠- نقص الهرمون مضاد للبول (في التخامية) A.D.H.

المظاهر النفسية: - مظاهر عضلية مقبوضة.

(وهي أوهام مرضية، عضلية... الخ).

- مظاهر ذهنية (خاصة في حالات الإنعاش الكحولي).

المظاهر الجسدية العامة: عطش شديد مع زيادة كبيرة في مرات التبول

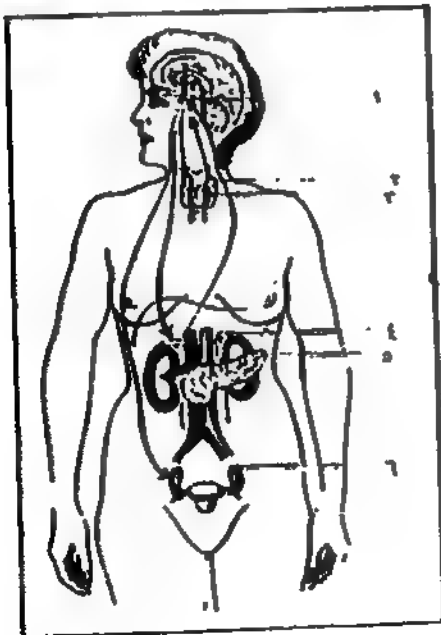
وكيفيات البول (من ٥ إلى ٨ لتر في اليوم).

الفحوصات: زيادة كثافة البول (تعالج ب- بيكلورونات الصوديوم).





- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الزعترية (الصعترية).
- ٥ - الغدة الكظرية (فوق الكلوية)
- ٦ - غدة البنكرياس (لانجرهانس)
- ٧ - الغدد التناسلية



### الغدد الصماء عند الأنثى:

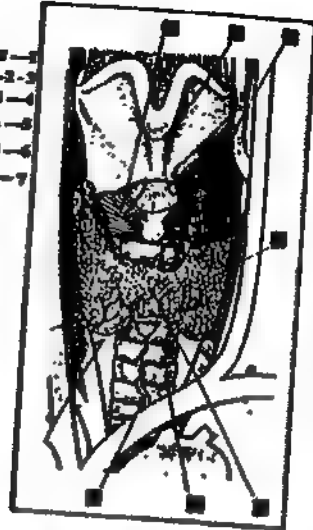
- ١ - الغدة النخامية
- ٢ - الغدة الدرقية
- ٣ - الغدة الجار درقية
- ٤ - الغدة الكظرية
- ٥ - البنكرياس (جزر - لانجرهانس)
- ٦ - المبيضان



مرکز کشف الکربانیه فی مکتبه کشف



مرکز کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف



مرکز کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف



مرکز کشف الکربانیه فی مکتبه کشف



مرکز کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف  
کشف الکربانیه فی مکتبه کشف



١- الله بركات القرطبي . ٢- لاديبه .  
٣- الشيخ عبد الرزاق . ٤- الشيخ عبد الرزاق .



يوم الجمعة ١٢٠٠ هـ

## ٦- الاضطرابات العقلية الناجمة عن تشوهات الصبغيات:

الصبغية أو الكروموزوم هو خريطة وراثية تحوي خصائص الأهل الجسدية والفكرية الصحيحة والمرضية.

ولقد خطت الهندسة الوراثية، لدراسة لخصائص الصبغيات واضطراباتهما، خطوات كبيرة في مجال التعرف إلى هذه الاضطرابات والتدخل من أجل إصلاحها. حتى بات الحديث دكراً حول إمكانية خلق جيل من الأطفال المبصرة بالتحكم بخصائصهم الجسدية والفكرية من خلال التحكم بصفات وخصائص الصبغيات. هذا وتدل الأبحاث على أن هذه الصبغيات تنقل الأمراض الوراثية بأحد أسلوبيين إما أن يكون الانتقال مهيمناً (Dominant) وإما أن يكون متنحيّاً (Recessif) حيث يزداد خطر الإصابة إذا كان كلا الوالدين مصاباً بالمرض.

هذا وتقسم التشوهات الصبغية إلى فئتين كبيرتين هما:

- (١) تشوهات العدد.
- (٢) تشوهات الشكل.

وكلا النوعين يمكن أن ينتقل وراثياً كما يمكنه أن يكون ناجماً عن ظروف واسباب معينة تعترض إنتاج الخلايا الصحيحة. وفي مقدمة هذه الأسباب نذكر "عامل ريموس" حيث يؤدي عدم التناسب البيولوجي - المناعي لهذا العامل (بين الأم والأب) إلى ظهور التيرقان في ٢٥٪ من الحالات. ويكون هذا التيرقان ناجماً عن

زيادة المخثر الذاتي الريسوس (Auto agglutinine RH) نمو الجنين. ويمكن الحد من أثر هذا العامل بإعطاء (Immunoglobuline R.R) وعدم للتاسب هذا يزداد مع تكرار الحمل حتى يأتي الحمل الرابع مشوهاً من الفالجيتين الحسية والنفسية.

كما يمكن لأوضاع عديدة أخرى أن تؤدي إلى حدوث الخلل الصبغي والتكر منها الإجاب بعد الخامسة والثلاثين وتعرض الحال، وبالتالي الجنين، إلى عوامل مرضية فيزيائية أو كيميائية أو ميكانيكية.

والخلاية الإنسانية تحتوي على ٢٢ زوجاً من الصبغيات إضافة لزوج واحد من الصبغيات الجنسية (XY لدى الرجل و XX لدى المرأة). ويلاحظ أن زيادة صبغية على أحد هذه الأزواج يؤثر في حياة حامله حتى أنهم يموتون إما بإجهاض فعلي أو خلال الشهور الأولى بعد الحمل. ويشتكى من هذه القاحلة زوج الصبغيات الجنسية والأزواج ١٤ و ١٥ و ١٨ (تتلف ادوار) و ٢١ (تتلف المنغولية) و ٢٢ (يعيش لغاية ١٢ عاماً). لذلك فإننا سنكتفي بمرض مظاهر التشوه الصبغي لدى المواليد الذين يستمرون في الحياة مع إسهال لولئك الذين يموتون بكراً.

### الاضطرابات العقلية المصاحبة للتشوهات الصبغية

#### ١- زوج الصبغيات الرقم واحد

- نوعية التشوه: صبغي مستدير بشكل خاتم.

- مظاهر التشوه: انخفاض الوزن عند الولادة، مع تأخر النمو الجسدي

والعقلي باعتدال.

#### ٢- زوج الصبغيات الرقم أربعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي واحد بدل اثنين.

ب- صبغي كامل وثانٍ غير مكتمل

- مظاهر التشوه: أ- صغر مبالغ في حجم الجمجمة، مرض دماغي متطور مع ضمور الدماغ. إضافة لعدد من التشوهات التي تحدت مستوى الخطر. بعضهم يعيش لغاية العشرين سنة.

ب- ضعف عقلي. بطء نمو الوزن والقامة. له مظهر مميز من خلال الأذن والأنف المميزين لهذا المرض. مع تشوهات في الأطراف والأعضاء.

#### ٢- زوج الصبغيات الرقم خمسة

- نوعية التشوه: تشطار الذراع لقصير الصبغي.

- مظاهر التشوه: يصدر الوليد صرخة مميزة تشبه المواء (تتأخر صرخة القط) وذلك بسبب تشوه الحنجرة. يضاف الى ذلك صغر حجم الجمجمة وتخلط عقلي. خطوط اليد والاصمات لها شكل غير طبيعي. إضافة الى تشوهات مختلفة. ويمكن لهؤلاء الوصول الى سن البلوغ اذا لم تكن لديهم تشوهات خلقية أخرى.

#### ٤- زوج الصبغيات الرقم ستة

- نوعية التشوه: صبغي مستدير.

- مظاهر التشوه: تخلط نفسي - حركي حاد مع صغر حجم الجمجمة وتوسع قاعدة الأنف والأذن منفرستان نحو الأسفل.

#### ٥- زوج الصبغيات الرقم تسعة

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد غير مكتمل.

ب- صبغي واحد بدل اثنين.

مظاهر التشوه: أ- تخلط عقلي حاد. جمجمة صغيرة وجبهة منتفخة والمحجران عميقان مع تغيرات في الأصابع ونقص النمو.

ب- العينان مائلتان نحو الأسفل ونحو الخارج. الشفة العليا طويلة - تخلط عقلي.

## ٦- زوج الصبغيات الرقم اثني عشر

- نوعية التشوه: صبغي وحيد غير مكتمل.

- مظاهر التشوه: صغر حجم الجسم، جبهة ضيقة، أنف حادة، يمكن أن يموت في طفولته أو أن يعيش لأغلبية ٢٥ سنة.

## ٧- زوج الصبغيات الرقم ثلاث عشر

- نوعية التشوه: صبغي غير مكتمل ووحيد.

- مظاهر التشوه: مظهر الوجه اغريفي، أسنانه مثل أسنان الأرنب وتشوهات مختلفة. (تلقاها باقر - انظر الصورة).

## ٨- زوج الصبغيات الرقم أربع عشر

- نوعية التشوه: زائد.

- مظاهر التشوه: عدد ضئيل من الحالات ويتميز بألف طويل مع قاعدة متحركة وكذلك انحناء الحيا متحركة - عته عقلي ولكن يمكن أن يعيش.

## ٩- زوج الصبغيات الرقم خمس عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد.

ب- صبغي مستنكر.

- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجسم (المجموعان عثران والجسم صغرة) تخلف عقلي وغالباً نوبات تشنجية يمكن أن يعيش.

ب- جسم صغرة، اضطرابات عضلية وصغر الحجم تخلف عقلي.

## ١٠- زوج الصبغيات الرقم ثامن عشر

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد مكتمل أو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التشوه: أ- يعرف بتقارب الولود. لديه تشوهات في الجسم،

والأذن كبيرتان وتشوهات في الأطراف. نادرًا ما يعيش لأغلبية ١٥ - ١٩ سنة.

ب- قامة قصيرة، وجه مدور، أفتان عريضتان، فم عريض، تشوهات في الأسنان وفي الأطراف. مع بعض التشوهات يعيش لأغاية ٦٠ سنة.

#### ١١- زوج الصبغيات الواحد والعشرون

- نوعية للتشوه: أ- صبغي زائد مكمل لو لا.

ب- صبغي وحيد.

- مظاهر التشوه: أ- تشوهات في الوجه والجمجمة (شكل الوجه يشبه شكل الإنسان المنغولي ومن هنا تسميته بتلاثر المنغولية).

لديه تخلف عقلي حاد مع شكل خاص لخطوط راحة اليد. إضافة إلى تشوهات قلبية وهضمية وحساسية أمام الالتهابات. وهو أكثر تعرضاً للإصابة بالسرطان ٢,٦٪ منهم يعيشون لأغاية ٥٠ سنة.

ب- تشوهات الوجه والجمجمة، تخلف عقلي مهم، حالة واحدة عاشت ٥٤ عاماً.

#### ١٢- زوج الصبغيات الثاني والعشرون

- نوعية التشوه: أ- صبغي زائد ومكمل.

ب- صبغي مستدير.

- مظاهر التشوه: أ- تأخر نمو القامة، تخلف عقلي حاد، تطور المرض يختلف من حالة إلى أخرى، أكثرهم عمراً يبلغ ١٢ سنة.

ب- تشوهات في الوجه والجمجمة (جمجمة صغيرة وحليجان مزروعان نمو الأسفل) تخلف عقلي حاد وتشوهات مختلفة.

#### ١٣- الصبغة من (X)

- نوعية التشوه: أ- صبغي وحيد مكمل لو لا (تلاثر تورنر (Turner).

ب- صبغي (س) زائد (XXX).

ج- ٤ لو ٥ (س) (XXXXX).

- مظاهر التشوه: أ- لقامة قصيرة (معلها ١٤٠ سم) وانحناء القنصج الجنسي مع تشوهات جسمية وحشوية مختلفة. تشوهات في أوتار الحنص مع تخلف عكلي بسيط في ٨٪ من الحالات غالباً يموت رضعاً ولكنه يمكن أن يصر.
- ب- لو تناظر السور امرأة وغاليتين طبعات ويمكن أن يغب الحوض لديهن وإن يكر من الواس.
- ج- تشوهات في الوجه والجمجمة (شبيهة المنغولي). تخلف عكلي بسيط في ٦/١ من الحالات.

#### ١٤- الصبغية ي (٧)

- نوعية التشوه: أ- صبغيات XXX.
- ب- صبغيات XX YY أو XXXY أو XXXXY.
- مظاهر التشوه: أ- لقامة طويلة وعدائية مع ضمور الخصيتين وتخلف عكلي (١٠ - ١٢٪ من الحالات) يزداد حدة مع نمو المريض. وزيادة نسبة الهرمون الأثوي F.S.H مع عدم نمو الشعر ومظاهر الرجولة بشكل طبيعي.
- ب- اضطرابات عقلية متنوعة وزيادة في نمو لقامة تخلف في حننها من حالة إلى أخرى.



مرأة مصابة بمرض الترسا ٢٠ ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات



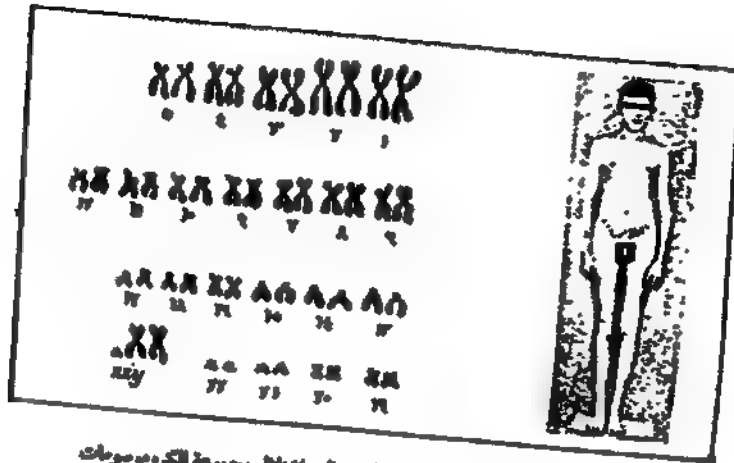
تتلخر ادوارد (Edward) ويحدث بسبب زيادة صبغى فى الزوج السادس عشر .

يولد ناقص الوزن وصغير الحجمة وأف صغير مستقيم وعضنة فى العين (Epichantms) وأحياناً تشوه الأذن. الرقبة قصيرة وعضلات النقرة متجمدة - القص الصدري قصير - اليدين مفترقتان والسبلة مع الأصبع الرابع تغطيان الأصبع الثالث. تطوره النفسى والعقلي بطيء جداً - يموت عادة فى السنة الأولى. تتلخر صرخة القط (Crit du Chat) يمتاز بتضيق الجمجمة (Craniostenose) وجحوظ العينين والحول لكفاف العقلي ليس قاعدة والجراحة ضرورية فى حال ارتفاع الضغط داخل الجمجمة أو فى حال تطور الجحوظ.



مرأة فى سن ٢٢ مريضة بمرض شيريشسكي - ثورن ويظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تتلخر ثورنر (Turner) ويحدث فى ولادة من أصل ٣٠٠٠ ولادة. و ٩٠٪ من الحالات تجهض قبل الولادة. ويمتاز بصبغية جنسية واحدة (X) عوضاً عن اثنتين. والمریضة أنثى نقيصة الحجم غير مكتملة النمو (قصيرة القامة وشبهات جلدية على الرقبة ولان مترلخرة) وتشوهت فى الجهاز الدورى مع احتمال الخلل العقلي.



شباب في سن ١٥ سنة مريض بمرض كلاينفلتر يظهر اختلال مجموعة الكروموسومات

تشارلز كلاينفلتر (Klinefelter) ونسبته واحد في الـ ١٠,٠٠٠ ولادة بين الذكور. يمتاز المريض بطول القامة وبخصائص ذكورية واضحة (ولكن مع تخلف نمو الخصي والعظام إنتاج السائل المنوي) مع ترسبات دهنية واضحة ويزود محدود للصدر. وشعره أقرب إلى شعر الأنثى. لديه صبغية زائدة فهو يملك (XXY) بدلاً من (XY). في الحالة يعاني من مظاهر التخلف العقلي.

#### ٧- الاضطرابات العقلية الناتجة عن التسمم:

وتتجم هذه الاضطرابات كنتيجة لتعاطي مواد تمارس تأثيرها انطلاقاً من الجهاز العصبي. وذلك بحيث يؤدي تكرار التعاطي أو تكرار تعريض الجهاز العصبي لهذه الأثار السمية إلى إحداث خلل عصبي ينعكس بمظاهر عقلية متنوعة. وفي هذا المجال نتحدث عن:

### أ- إدمان الكحول:

هو حالة نفسية مترافقة باضطرابات مزمنة على مستوى السلوك. بحيث يكون تعاطي الكحول هو سبب هذه الاضطرابات. ويكون هدفه التخفيف من الكرب ولكنه يتحول مع الوقت نحو سلوك التعمير الذاتي للشخص.

ويمكننا تعريف الادمان الكحولي من خلال العناصر التالية:

- استهلاك مبالغ للكحول.
- ظاهرة التعلق (الادمان).
- لخل الجسدي والعقلي (من خلال عائلته المتبددة).
- أما عن الاشكال العنانية للاضطرابات الناجمة عن هذا الادمان فهي كثيرة ومتنوعة بتنوع المادة والكمية المميزتين لهذا الادمان. ويمكننا تصنيف هذه الاضطرابات على النحو التالي:

- التسمم الكحولي الحاد.
- الاضطرابات النفسية الحادة وما تحت الحادة.
- تآثر التعاطي المزمن.
- الاشكال الهذلية للادمان الكحولي.
- امراض نقص الكحولية - الدماخية.
- الحكة الكحولية.

### الفحوصات الطبية:

يؤدي ادمان الكحول الى اضرار عضوية منتشرة الأمر الذي يستوجب اجراء الفحوصات التالية:

- فحص جسدي - طبي عام (مع التركيز على الفحص العصبي وفحص الكبد والمعدة).
- تخطيط الدماغ وتصوير الدماغ المحوري الطبقي (او بالرنين المغناطيسي).

- فحص السائل الشوكي.

- فحص نسبة الكحول في الدم والـ (Gamma - glutamyl - Transferase).

## ٧- / الاضطرابات العقلية المصاحبة للتسمم الكحولي

### ١- التسمم الكحولي الحاد أو الكُحَل

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

أ- لغاية بلوغ نسبة الكحول في الدم ٨٠ غرام في الالف لا تظهر أية علائم عيانية غير انخفاض القدرات النفسية والحركية. ثم تبدأ بعد فترة مرحلة من الهياج النفسي الحركي حيث يتبدى الشبق (فرح غير مبرر) ونادراً الحزن. وتتدفق الأفكار ويزيد الانتهاء مع سيلان الكلام وزيادة القدرة على التفكير ونزق معتدل وخيال زائد. ويمكن ملاحظة بعض التشنج الجسدي.

ب- عندما تتراوح نسبة الكحول في الدم بين ١ و٤ في الالف يبدأ عدم ارتباط الكلامي وزوال الكف وشمق مبالغ. ولاحقاً ينسى ما فعله أثناء سكره.

ج- عندما تتعدى نسبة الكحول ٢ غرام في الالف تبدأ اضطرابات الوعي بالظهور لتصل إلى الخيوية لدى ترواح هذه النسبة بين ٤ و٦ غ في الالف.

### ٢- الاضطرابات العقلية الحادة وما تحت الحادة (المراقبة للكحَل).

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

#### التهذيان الكحولي ما تحت الحاد

ويتم تشخيصه من خلال التأكد من التناقص المزمن وظهور الهذيان للنوم والخلل العقلي. وهو يبدأ عادة في الليل ويبدو كأنه متلعمة واعية لكايوس ما رآه المريض أثناء نومه ثم يتحول المريض إلى الهياج مع لصرار الوجه (طلق دموي) وتعرق زائد.

### الهذيان الكحولي الحاد.

ويتم تشخيصه من خلال علائم الهذيان ما تحت الحاد مضاعفاً إليها علائم الاصلية  
العلامة الكبد والحرارة ونشأف المياه في الجسم مع هزل للقدان الوعي. ويبدأ هذا  
الهذيان بشكل فجائي مفاجئ وتتبدى خطورته منذ البداية. ويتجلى بهيجان حاد  
مترافق مع هذيان نومي.

### ٢- تناثر التعلطي المزمن

#### - المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتبدى في تصرفات السلوك لدى المريض الذي يصبح مهالاً للأنانية والغيرة والثبات  
والذي يصبح لا مهالاً بمسؤولياته ومهتماً فقط بتناول الكحول. ويبدأ بمعاناة وجود  
ثغرات في ذاكرته مع الانخفاض التدريجي لقدرته على الانتباه والتركيز هذا يعتبر  
جلونيك (Jellinek) أن ظهور الثغرات الفكرية هو الاعلان عن استقرار التسمم  
الكحولي. وعلى الصعيد الجسدي نلاحظ تحسس المعدة أو القرحة ومظاهر أصابة  
الكبد (من الأصابة الانتهازية وأخاية للتشمع) مع تسارع عملية الهضم . وعلى صعيد  
القلب فإنه يتجه نحو عدم الكفاية بسبب تسارع النبض وارتفاع الضغط ونقص  
التيلامين ب (١) بسبب الكحول .<sup>١</sup>

كما يلاحظ ارتجافاً على صعيد الأطراف والشفاه . ويكون هذا الارتجاف  
سريماً ومحدوداً .

### ٤ - الاضطلال الهذيانية للتعلطي المزمن : (وهي تعقيدات الاضطرابات

لحظة الحدة وما تحت الحدة المذكورة سابقاً) .

#### الأكثر تنوعية :

وهي الفترة التي تلي فترة الهذيان التولمي وتتم في ثلاث مراحل:

(١) مباشرة بعد الصبح من لحالة التولمية حيث يعتقد للمريض بصحة ما تهبأ

له في نومه .

(٢) يتردد في اعتقاده بهذه الصحة .

(٣) يتحكم بأفكاره ويدرك الطبيعة الهذلية لهذه التهيؤات التولمية (وتتروح مدة هذه الفترة ما بين البضع ساعات والبضعة أيام ونادراً ما تتحول إلى دائمة).  
هالوس فرينيكية الكحولية.

ويعرف من خلال الهلوسات السمعية - الكلامية (الشخص الثالث) مع عصف صافى للوعي وهذيان ثقوي ضعيف البنية. ويبدأ هذا الهالوس عادة بعد المبالغة في الشرب. ويتبدى عادة في الليل ويصعب تفرقه عن الأوهام. ويصاب المريض بحالة من الهيجان الحاد التي قد تؤدي به إلى الانتحار أو الاعتداء على الآخرين أو الهرب للدفاع عن نفسه أمام الاخطار التي يهيء له فيها تهدهد (سبب الهالوس الهذيان). ومن هنا التعلق الحاد لهذا المريض. ويتطور هذا الهالوس إما نحو التراجع أو نحو الازمان أو نحو التعمود ليصبح كلفه أصلي.

الهذيات الكلامية المزمنة.

أ- هذيان الغيرة: ويبدأ عقب فترة تولمية عادة. وتكون بدايته ممتدة لتصل إلى حدود العتبة. ويتصاحب برود فعل الطوقية. وهو هذيان منظم نسبياً مع آلية تفسيرية نظيرة المنطقية.

ب- الهذيان الهلامي المزمن: أو العظم الهلامي لمدمني الكحول (كرالين) ويمكنه أن يبدأ تدريجياً أو فجائياً بعد مرحلة تولمية. وذلك من خلال ظهور الهلوسات و/ أو نظيرة الهلوسات. وظاهراً ما تكون الغيرة موضوع هذا الهذيان.

ج- التناقضات الفصلية: وهي تستقر بصورة تدريجية عقب هذيان تولمي حاد أو ما تحت الحاد. وتتبدى بشكل أهراس تفككية فصلية التي يمكن أن تكون لها لدى

آيتين: (١) التصلب غير المستمر (أوليافر) الملاحظ لدى مدمن كحول

(٢) ذهان فصامي الشكل لدى مدمن كحول.

## ٥- أمراض النفس الكحولية الدماغية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ذهان التهاب نهائيات الأعصاب الكحولي (كورساكوف).

هو تناذر خبلي يظهر عقب الكحول المزمن وفيه يهيمن فقدان القدرة على الحفظ والتعرف الخلطى على الأشياء بالاضافة للاراجيف (Confabulation) واليهما يضاف التهاب نهائيات الاعصاب.

ويبدأ هذا الذهان مثل بداية أية حالة خبلية ويتصلب مع: صداع وأرق وفقد الإرادة (الاقبال على الحياة) والاكتئاب. ويلاحظ في البداية حالة زهن جسدي تترافق أحياناً مع مظاهر عدم كفاية الكبد. ثم تتبدى مجموعة من الأعراض النفسية مثل انعدام القدرة على التوجه في الزمان والمكان وانخفاض هام في القدرة على الانتباه ومظاهر التهويل والاراجيف (Fabulation). ويتطور هذا الاضطراب إما نحو الشفاء (لدى الشبان وفي حالة العلاج المبكر المناسب) وإما نحو الأزمان (تتحول نحو العته الكحولي) وإما نحو الموت.

إصابة فيرنيكية - غاييت الدماغية.

تبدأ هذه الإصابة عادة لدى المدمنين القداماء الذين تشبعت أجسامهم بآثار التسمم الكحولي. ويشجع ظهور هذه الإصابة تعرض المريض للصدمات أو للميلات الجراحية. وتمثل هذه البداية بمعظم آثار التشنج الكحولي. ثم تبدأ حالة من الذهول تقطعها فترات من الهياج والهوسات التي تضاف إليها بعض العلامات العصبية على أصعدة العين (رهاب الضوء وتغيرات ارتكاسات العين والبرؤى وعضلات العين، والعضلات (تقلصات عضلية وزلادة حيوية العضلات وبارينسكي لوجابي) أو حاجة إلى اضطرابات عصبية - نباتية (على مستوى الدماغ) مثل تسارع النبض والتنفس. وتتطور هذه الإصابة نحو الشفاء بعد بضعة أسابيع من العلاج. إما مع أعمال العلاج فإنها تتطور نحو الخيوبة والموت.

## ٦- أمراض العته الكحولي (Demenca Alcoliques)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

العته الكحولي البسيط.

ويبدأ فجأة مع مظاهر انخفاض الذاكرة والانتباه والتداعي الفكري فترد الحكم على الأشياء وكذلك انخفاض احترام القواعد الاجتماعية. تظهر الفشل الكحولي العام.

ويمتاز أولاً بهذيان الفكر والعظمة وتأتي غيب الهذيان الكحولي الحاد أو ما تحت الحاد. ويلاحظ ارتعاش الأطراف وعدم تساوي حركات العين واضطراب التوازن وعدم تأزر الحركات (Dysarthric).

تظهر العته القهلي.

حيث نهيمن حالة من دغش الوعي (Obnubilation).

ب- ائمان السموم (المخدرات):

لائمان السموم هو حالة نفسية وعادة جسدية ناجمة عن الاستهلاك المتكرر لأحد السموم مما يؤدي إلى الاعتياد ومعه إلى ظهور قنائر نفسي - جسدي في حالة الانقطاع عن الاستهلاك. ويمكننا تعريف هذا الائمان من خلال العناصر التالية:

- الاستهلاك المتكرر لأحد أنواع المخدرات.

- تبدي ظواهر الانقطاع والاعتقاد والائمان.

- الأثر التدميرية على الأمعدة النفسية والجسدية والاجتماعية.

لما عن الاشكال العادية لائمان للمواد فهي التالية:

أ- حالات الائمان القسوى:

١- ائمان الافيون ومشتقاته (المورفين والهيريون... الخ).

٢- ائمان القنب الهندي ومشتقاته (حشيش، مارييفوا... الخ).

٣- ائمان الكوكايين.



٤- امان لـ L.S.D.

٥- امان الكحول.

ب- حالات الامان الدنيا:

١- امان القهوة والشاي.

٢- امان التبغ (التدخين).

٣- امان شم الأثير Ether.

٤- امان بعض الأدوية النفسية (الباريتورات، الكلورال، الامفيتامين... الخ).

الفحوصات الطبية:

اياس نسبة تركيز المادة السامة في دماء المريض وفي بوله. اضافة الى فحوصات وظائف الكبد (التي قد تتعطل بسبب هذه السموم) والكلى... الخ. اضافة لى فحوصات الفحوصات النفسية.

العواقب:

في حال استمرار التعاطي فإن هذه السموم يمكنها أن تؤدي الى احداث تغيرات هامة في الشخصية تختلف غطورتها باختلاف سمية المادة موضوع الامان وليس عليه بالنسبة للاضرار الجسدية.

٧- ب/ الاضطرابات العقلية المصاحبة لامن المخدرات

١- المخدرات الازهولية مورفين - هروين.

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

اضافة الى كونها مضادة فاعلة للألم فإنها تؤدي الى تغيرات على صعيد التفاعل وعلى صعيد القدرات الاندككية (مع أو بدون تأثير على مستوى الوعي اليقظ) وتقوم هذه المواد متعاطيها الى حالة من السكر والاسترخاء النفسي. اما عن اضرارها وانعكاساتها فهي تؤدي على الصعيد الجسدي الى:

(Miose) وعدم القدرة على تحمل الآثار الضوئية والسمعية وانفخ الأنسجة المخاطية واضطرابات هضمية وارتفاع الضغط والمبالغة في تعاطيها يؤدي إلى عدم كفاية التنفس والقلب وصولاً إلى القيوية والتورم الرئوي (Oedeme) وصولاً إلى الوفاة.

وفي حالات الانقطاع تنبئ علكم هذيان ارتعاشي أيوني (شبيه بالهذيان الارتعاشي الكحولي).

أما على الصعيد النفسي فنلاحظ اضطرابات الانتباه والوعي والاندراك واضطرابات سلوكية متنوعة مع ميل عدوانية فظة في حالات الانقطاع.

## ٢ - القلب الهندي (مخدر مهلوس) أو العشيش

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

ويتم استهلاكه بشكل عديد منها العشيش والماريهوفا ويمكن تعاطيها من طريق التدخين. ويؤدي هذا التعاطي إلى أحداث المظاهر التالية:

تسارع نبض القلب وجفاف الفم وزيادة تدفق الدم على الأنسجة المخاطية. وعلى الصعيد النفسي فله يمتطي بعض الأحاسيس الإيجابية العابرة (التي يبحث عنها المدمنون) مثل الشفق والشعور الإيجابي بالذات والافتقاد لمفهوم الزمان والمكان (وبالتالي التخلص من وطأتهما) وذلك إضافة إلى زيادة الاحساس وتضخمه (بصري وسمعي ولمسي) وكذلك الاحساس القومي (والذاتي) بالتخفف من الأعباء. أما عن الآثار الجانبية فنذكر منها: نوبات قلق (تترافق مع بذلة تعاطي) واضطرابات التآزر النفسي - الحركي واضطراب الارتلاكات البصرية ونوبات الترقق وتقدان الوعي والعذقية. ويمكن لهذا الإدمان أن يدعم الحالات الذهانية وأن يعمقها.

## ٣- الميسكالين L.S.D. (مخدر مهلوس)

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

أن أكثر الاضطرابات النفسية (المصاحبة لتعاطي الـ L.S.D. عمومية هي انخفاض عتبة الإدراك الحسي وتتجم عنه المظاهر التالية:

- تصبح الألوان كثيرة الحد ويراهما المتعاطي وكأنها تتعدى حدودها الحقيقية (هالة الألوان). ويؤثر هذا الانخفاض في عتبة الإدراك الحسي في صورة الذات. هذا التأثير الذي يمكنه أن يصل إلى حالة التفكك الجسدي (كما في الحالات الفصامية). ثم لا تلبث وأن تتبدى اضطرابات الوعي - البقظ مع اضطراب التوجه في الزمان والمكان. كما يصاب المتعاطي بتغيرات مزاجية مفاجئة إذ يتراوح مزاجه بين القلق - العداوة وبين القشعر (فرح بدون مبرر). وعلى وجه العموم فإن استمرار التعاطي يؤدي إلى انخفاض القدرات الذهنية المتعاطي.

- اضطرابات جسدية متنوعة (غثيان ودوار وتعرق وتضارب نبض) والأهم نوبات الهياج وردود الفعل الهلوسة والعدائية نحو الذات (محاولات قتل) ونحو الغير. ونالت الانتباه إلى أن أكثر التعاطي المزمن يؤدي إلى تشوهات صبغية تؤثر في الأولاد الذين ينجبهم الممنون وهذا الأكثر كان وراء تراجع تعاطي هذه المادة في الولايات المتحدة.

## ٤- الكوكايين

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

وهو قلبية تستخرج من نبات الكوكا. وله مفعول مشابه لمفعول الامفيتامين إذ يعطي متجرحه احساساً بالنشاط والحيوية ويزوال التعب. مع زيادة احتمالات التحول نحو الهياج والهذيان والهلوسات وبخاصة من نوع (أوهام الصغر). وهذا المخدر يشجع ظهور التويفات الذهنية ولا تزال تتبدى له آثار ضارة جديدة.

## ٥- الأدوية

- المظاهر النفسية والجسدية للاضطراب:

هناك مجموعة من الأدوية التي يمكنها أن تساهم في أحداث الاضطراب العقلي ومنها أدوية نفسية مثل الأمفيتامينات والقرينكسي فينيدول والمنومات وأملح الليثيوم وأدوية أخرى مثل مضادات السل والكورتيزون ومخفضات الضغط ومعدلات نبض القلب ومنشطات القلب ومثبثات الودي ومضادات الحرارة والاستقراغ والعكري.... الخ.

## ٨- اضطرابات الحمل والولادة:

تمتاز فترة الحمل بعوارض نفسية مختلفة في حداثها وفي نوعيتها وفي ديمومتها. وهذه العوارض على علاقة مباشرة بالتغيرات الهرمونية المعقدة التي ترافق الحمل كما أنها على علاقة بالاجواء النفسية - الاجتماعية المرتبطة به. ولهذه العوارض أشكال عيادية مختلفة نلخصها بالتالي:

## ٨- الاضطرابات النفسية المرافقة للحمل والولادة

### ١- التغيرات النفسية - الفيزيولوجية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويمكنها أن ترافق المرأة طيلة الحمل أو خلال مراحل محددة منه. وهي تنقسم إلى:

- (١) تغيرات حسية (تؤدي إلى الوحم) و(٢) انخفاض القدرة على مواجهة الاحباط و(٣) انخفاض بسيط على الصعيد الإدراكي (ذاكرة، تفكير، تركيز... الخ) و(٤) تغيرات مزاجية - غريزية (مثل اضطرابات الشهية والمزاج والرغبة الجنسية... الخ).

### ٢- العوارض العصبية

- المظاهر النفسية والجسدية:

- التناذر الوسواسي - القهري.

- التناذر القهري (مخاوف مختلفة ومتمازجة).

- التناذر الهستيرى.

وتختلف قوة هذه العوارض العصبية باختلاف الشخصية السابقة للحمل.

٣- العوارض ذات الطابع الذهاني.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وهي نادرة وتكاد غائبة في الثلث الأخير لفترة الحمل وتظهر بشكل أنهارى يمكنه أن يمتد إلى ما بعد الولادة . كما يمكننا أن نصادف بعض التناذرات النفسية - العصبية الخطرة (ولكن نادرًا جدًا) من نوع : ١) التهاب نهائيات الأعصاب الحلقى لدى الحوامل (ويظهر لدى شابات تصلن للمرة الأولى وسينتال للتغذية بسبب الاستفراغ. الأمر الذي يتبدى بتناذر كورسكوف مع شلل ضموري مؤلم وخيل عقلي) و٢) زفن الحمل (Corhee) ويتبدى لدى مريضة زفنية سابقاً ويختفي بعد الحمل و٣) يمكن لأولى نوبات الصرع أن تظهر بمناسبة الحمل.

٤- الحالات الخيلية بعد الولادة.

- المظاهر النفسية والجسدية :

وتبدأ فجأة بدون تمهيدات وبدون أية علامت نهائية. وتتلوح بين البسيطة (دغش الوعى) (Obnubilation وبين الخطرة (ذهول) (Stupour).

٥- الحالات الخيلية Etat Confusional.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهذه الحالة هي عامة من النوع الخيلي - الحلمي ذي الطابع القلبي تعيش المريضة حالة قلق (مختلف في حدته) بسبب معاشتها لمشاهد محرقة وأحياناً مرعبة ويمكن لهذا المزيج (خيل + حلم + قلق) أن يتبدى بشكل مختلفة (كآبة وهوس وحالة جمودية) تتعاقب في ظهورها. وهذه الحالات ذات مستقبل جيد وتميل إلى التراجع.

## ٦- الحالات الذهنية بعد الولادة *Etat Delirant*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكنها أن تكون على علاقة بالمظاهر الخيلية أو أن تكون مستقلة. وتبدأ بحالة من شكك الشخصية وانعدام الاستيعاب. وعلى هذا الأساس تظهر الأفكار الذهنية (ضعيفة البنية) المتمحورة حول الاضطهاد والأفكار. ويمكنها أن تعطي الطابع الذهلي الانهيارى.

## ٧- الحالات الذهنية المزاجية بعد الولادة *Etat Psycho - Affectif*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يمكن أن تسبقها فترات من الخبل أو الهذيان ثم تبدأ المظاهر الانهيارية مع هذيان على علاقة بالحمل والطفل وأفكار انتحارية و/ أو قتل الوليد. كما يمكن ظهور الحالات الهوسية (نادرة بالمقارنة مع الانهيار) حيث اضطراب النوم والمخاوف وهروب الأفكار والشمق.

## ٨- الحالات الفصامية بعد الولادة *Schizophreniforme*.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتبدأ عادة (٤-٦ أسابيع) بعد الولادة ويمكنها أن تبدأ بالهذيان الذي يزداد تنظيماً مع تطور الحالة وميل للانعزال والفرؤية والعدائية مع أفكار الخوة والاضطهاد.

٩- الاضطرابات العصبية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ولها الطابع الثقلي - الانهيارى وتنقسم بلا مبالاة الأم لأم ولولدها.

## ١٠- الاضطرابات الذهانية المتأخرة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وتتبدى بعد فترة تتراوح بين ٤٢ يوماً وسنة بعد الولادة. ويمكنها أن تكون ذات شكل فصامي (تظهر الحالات الفصامية بعد الولادة ... أو ذات شكل مزاجي (غالباً نهاري) - تظهر الحالات الذهانية المزاجية .....  
وهذه الحالات نادرة جداً ويجري الجدل حولها عما إذا كانت ذهانات بسبب الولادة لم أنها ذهانات كامنة تفجرت بمناسبة الولادة.

## ٩- اضطرابات العمر:

### ٩- أ الاضطرابات العقلية المصاحبة للشيخوخة.

أصبة الشيخوخة

- المظاهر النفسية والجسدية:

تشكل مرحلة الشيخوخة مصدراً هاماً للشدة النفسية إذ يدرك المسن أن حالته الصحية في تراجع (خاصة لدى معتاقه من أمراض الشيخوخة). وهذه الوضعية تتسبب له في القلق واضطرابات النوم. ويمكنها أن تعيد تفجير عاتق عصابي عرفها في شبابه وأن تولد له أصبة مميزة. وفي هذه الحالات نركز على ما نقترح تسميته بـ"قلق الموت أثناء النوم". حيث يؤدي هذا القلق إلى اضطرابات هامة في نوم المسن (يعرضها من خلال اغفامات قصيرة أثناء النهار).

### ٢- ذهانات الشيخوخة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

الذهانات الفصامية: وهي تعرف ميلاً نحو الخمود في سن الشيخوخة. أما الحالات التي تظهر فيها العاتق الفصامية لأول مرة في سن الشيخوخة فإن السير مارتن روث يصنفها في عداد البارافرنيا.

للذهانات المزاجية: وتنقسم الى ذهانات مستمرة عند الشباب وأخرى تظهر في سن متقدمة.

الذهانات العظامية: وبهذه تحديدًا الذهانات العظامية التراجعية (involution) حيث تنهدى مظاهر العظام ولكنها تبقى محصورة في إطار ضيق لا تكون على علاقة بماضى المريض وتذكراته والأشخاص القريبين منه.

والواقع أن تشخيص ذهانات الشيخوخة يمر بحقائق عديدة. لا فائدة من الصعب تحديد وجود أو عدم وجود سلوك ذهانية لدى المسنين. كما أن تحديد وجود التغيرات العضوية (التي يمكنها أن تؤدي الى حدوث المظاهر الذهانية) لا يزال أمراً يتعم بالصعوبة (خاصة في الدول النامية). وأخيراً فإن الوضع الجسدي - النفسي العام للمسنين يطرح إشكالات عديدة تضاف إليها الإشكالات الاجتماعية (العائلة والمائلة والأولاد والقرمل... الخ).

### ٣- مرض آلزهايمر Alzheimer.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يستقر خلال أشهر (٨٠٪ من الحالات في عمر ٤٥ - ٦٥ سنة) ويجمع بين عجز ذكروي شامل والعدم التوجه في المكان واضطراب القدرة على الترميز (عنه تفكري، فقد القراءة، تصير الكتابة). ثم تبدأ بالظهور الاضطرابات الذهنية الصعبة التي تعيق الاضطرابات المذكورة أعلاه ويمكن أن تضيق فيها الهيجان.

### ٤- مرض بيك Pick.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ بين ٥٠ و ٦٠ سنة (لدى النساء خاصة) ويتطور ببطء خلال سنوات (٢-٥ سنوات). وخلال هذه الفترة نلاحظ تغيرات سلوكية عديدة (حركات تكرارية نمطية واضطراب التحصيل المنطقي وربما أعمال جنسية - أو غيرها - يعاقب عليها القانون). وبعد استقرار المرض يتبدى أعراض العته المألوفة (اضطرابات إدراكية



وفكرية وسلوكية وفعالية واضطرابات الشخصية - صفاقة - إضافة إلى العلام  
العصبية) مضافاً إليها الشق البنيء وعدم وعي المريض.

#### ٥- العته الوعائي Demence Vasculaire.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبتدى عادة بعد عمر ٦٠ سنة. ويمكن أن يبدأ بطريقة نفسية عشوائية (هياج، هوس  
أصغر، نظير الانهيار، خبل... الخ) أو أن يبدأ بعلام عصبية (نوبات تشنجية).  
ويصيب في البداية الذاكرة والقدرة على تحديد الزمان ثم يبتدى عليه سيلان  
الانفعالات. وتسجل حُسة (Aphasic) تتطور بتطور المرض (٢-٣ سنوات لغاية  
الوفاة).

#### ٦- عته الشيخوخة Demence Senile.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يبدأ عادة بعد سن ٦٥ عاماً. وتكون بدايته تدريجية على صعيد الذاكرة والطباع.  
ثم تتطور هذه المظاهر ليضاف إليها اضطرابات النوم والهياج والتشعب الليليين  
واقبال مريض على الطعام وأحياناً كعدم استقرار الضغط (٢-٨ سنوات لغاية  
الوفاة).

#### ٧- حالات العته المزيج Demence Mixte.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهي حالات تتظاهر في سن متأخرة وتتمزج فيها الاسباب الوعائية والاسباب  
التدهورية (تدهور بنى الدماغ الذي يحدث عته الشيخوخة) وتظهر فيها علام مزيج  
(نفسية وعصبية) للعته الوعائي وعته الشيخوخة.

#### ٩- (ب) التشخيص التفريقي لحالات العته ونظيرة العته

١- بداية المرض

- نظير العته الهستيري: فجائية وفي أوضاع نفسية مضاعطة

- نظير العنه الانهياري: + فجائية

- العنه الوعالي: + فجائية

- عنه الشيوخوخة تكريجية

٢- كيفة التبدي

- نظير العنه الهستيري: سريعة (يلم)

- نظير العنه الانهياري: سريعة (اساييح)

- العنه الوعالي: بطيئة (شهور)

- عنه الشيوخوخة بطيئة (سنين)

٣- تطورات المرض

- نظير العنه الهستيري: متغيرة وذات علاقة بالظروف الضاغطة

- نظير العنه الانهياري: مستقرة أو مواءة للتحسن

- العنه الوعالي: تدهور متزايد في منطقة معينة

- عنه الشيوخوخة: تدهور عام تكريجي

٤- العلام الانهيارية

- نظير العنه الهستيري: —

- نظير العنه الانهياري: + + +

- العنه الوعالي: + +

- عنه الشيوخوخة: +

٥- عدم الثبات الانفعالي

- نظير العنه الهستيري: + + +

- نظير العنه الانهياري: +

- العنه الوعالي: + + + +

- عنه الشيوخوخة: منفر

## ٦- علام عظمية

- نظير العته الهستيري: —

- نظير العته الانهباري: +

- العته الوعالي: + +

- عته الشيوخوخة: + + +

## ٧- صعوبات التوجيه الزماني و/ أو المكاني

- نظير العته الهستيري: + +

- نظير العته الانهباري: +

- العته الوعالي: + + +

- عته الشيوخوخة: + + +

## ٨- التراجع الذاتي

- نظير العته الهستيري: عشوائي أو غير متجانس

- نظير العته الانهباري: متجانس

- العته الوعالي: غير متجانس

- عته الشيوخوخة: متجانس

## ٩- التجاوب للعلاج بمضادات الانهبار.

- نظير العته الهستيري: —

- نظير العته الانهباري: + + +

- العته الوعالي: +

- عته الشيوخوخة: صفر

## ١٠- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الاضطرابات الدماغية:

ويمكننا تقسيم الاضطرابات الدماغية المؤثرة في التوازن العقلي على النحو التالي:

أ- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأمراض العصبية لتراجعية.....

- ب- الاضطرابات العقلية الناتجة عن تشوهات الدماغ.  
 ج- الاضطرابات العقلية الناتجة عن رضوض الجمجمة - الدماغ.  
 د- الاضطرابات العقلية الناتجة عن الأورام الدماغية.  
 هـ- الاضطرابات العقلية الناتجة عن القزري الدماغى (الخُراخ).  
 و- الاضطرابات العقلية الناتجة عن التهابات الناتجة عن التهابات داخل الجمجمة.

ز- الاضطرابات العقلية الناتجة عن مرض الصرع.

## ١٠ (أ) الاضطرابات العقلية الناتجة عن تشوهات الدماغ

١- التهاب السحايا لدى الأطفال.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يؤدي الى نمو الدماغ بشكل غير طبيعي والى تظلف عكلى من درجة العمق (حاصل نكاه ٣٥ - ٥٠). ويطلق التشوه الى جانب الدماغ لتشكّل العلام للراس والشفاه والأذنين. ويمكن أن يعطى من نوبات صرعية.

٢- قُلاّ الدماغ.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويترافق هذا الاضطراب مع تشوهات عضوية - خلقية معقدة وعلى جانب كبير من الخطورة. وهو لا يعيش في العادة. ومن هنا محدودة أهمية هذه الحالة في عيادة الطب العقلي.

٣- تضخم الدماغ Macrocephalie.

- المظاهر النفسية والجسدية:

ويعود سببه الى تضخم المنطقة السجوية الضامة وليس المسجية. وهي حالة نادرة بالمقارنة مع التشوهات الدماغية الأخرى. وفيها يمكن لوزن الدماغ أن يصل الى حدود ١٦٠٠ غرام.

#### ٤ - استسقاء الدماغ Hydrocephalic.

##### - المظاهر النفسية والجسدية:

وينجم هذه الاستسقاء عن تراكم السوائل داخل الجمجمة. وغالباً ما تعود أسبابه إلى إصابات السحايا الدماغية، ونادراً إلى ورم دماغي. تختلف الانكسكات العقلية باختلاف الإصابة الدماغية ومسبباتها.

#### ١٠ (ب) الاضطرابات العقلية الناجمة عن

##### رضوض الجمجمة - الدماغ

#### ١ - رضة دماغية Comotion.

##### - المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة لورية مع غيبوبة قصيرة الأمد. تتميز بدخول المصاب في غيبوبة لمدة دقائق تتبع حالة من الخبل، وعلى الصعيد العصبي تلاحظ لدى المريض المظاهر التالية: قعدام الارتكاسات العصبية وانخفاض النشاط الحيوي للمضلات إضافة إلى مظاهر نباتية (تمرق حرلرة، تسارع النبض، تنفس متعرج... الخ).

#### ٢ - ارتجاج الدماغ Contusion.

##### - المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة لورية مع غيبوبة متوسطة الأمد وعلامات مركزية. تتشابه مظاهرها مع سابقتها مع زيادة مدة الغيبوبة (صاعت أو أيام بدلا من دقائق). وتعبها فترة من الخدر. (بدورها أطول من فترة الخبل في الحالة السابقة). وعلى الصعيد العصبي نلاحظ إضافة لمظاهر الحالة السابقة علام وجود إصابة دماغية وتحتس السحايا الدماغية.

## ٢- الخثرة داخل الجمجمة Hematome.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: التعرض للرضة (Comotion) مع فترة كمون وارتفاع الضغط داخل الجمجمة .

تتطور هذه الحالة على ثلاث مراحل : (١) للرضة و(٢) فترة الكمون. حيث يمكن ان تغيب العوارض بشكل كلي (المدة ايام او اسابيع) ويمكن ان تظهر عوارض بسيطة مثل الصداع والوهن وتباطؤ الزمن و(٣) تبدأ علامت ارتفاع الضغط داخل الجمجمة بالظهور. وتبدأ بظهور حالة من الخبل (يمكنها ان تتطور نحو الغيبوبة) ويمكن ان يضاف اليها الهياج أو فقد الارادة والهوسات والافكار الهذلية المجزأة.

٤- حالة الخبل عقب الرضبة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: رضة فورية مع التباس الوعي وعدم ترابط الأفكار (مع مقاطع هلاسية ذات طابع نواصي) وصعوبة التوجه في الزمان والمكان وتقدان ذاكرة انتقالتي. وتنقسم الحالات الخبلية عقب الرضبة، بحسب سيطرة المظاهر، الى:

- حالة خبلية بسيطة: وتمتاز بهيمنة التماس وقد توجه محدود مع عناصر نواصية محدودة.

- الخبل الذهولي: وتمتاز بعدم حراك المريض أو بعدم تفاعله مع المثيرات ويمكنه أن يتصاحب مع مظاهر تخشبية.

- الخبل النواصي: حيث التشاؤم النواصي المرعب يترافق مع هياج نفسي - حركي والقلق .

- الهذيان الحاد عقب الصدمة: ويتميز عيادياً بسيطرة الافكار الهذلية غير المنظمة.

وتستطيع هذه الحالات الخبلية أن تكون لفترات تتراوح بين النلق والشهور.

## ٥- الاضطرابات التذكيرية عقب الصدمة.

### - المظاهر النفسية والجسدية:

الاضطرابات التذكيرية التكميلية: وفيها يمكن فقدان الذاكرة خلال فترة ما بعد الرضا ويشمل فترة الغيوبة والخبيل الذي يعقبها كما يشمل فترة يبدو فيها المريض واعياً في حين أنه يكون فعلياً معاقباً لاضطراب الذاكرة.

الاضطرابات التذكيرية الرجعية: ويطلق فيها فقدان الذاكرة لفترة الفاصلة بين آخر الذكريات الواضحة السابقة للصدمة وبين الصدمة نفسها.

## ٦- تأثير كورساكوف عقب الصدمة.

### - المظاهر النفسية والجسدية:

- عناصر التشخيص: وجود رضة قريبة المهد واضطرابات الذاكرة واضطراب لتوجه في الزمان والمكان والشمق.

يضيف كورساكوف عارض اضطراب التوجه في الزمان والمكان (المترقق مع الشمق والسيان الكلامي) إلى العوارض الثلاث التي تشكل مقلث كرابلين (فقدان القدرة على الحفظ وفقدان الذاكرة الانتقالي المؤدي إلى هذيان الاراجيف Confabulation والتعرف الخاطئ على الأشياء لتعويض الثغوب التذكيرية).

ويمكن لهذا التناثر أن يظهر عقب الخروج من حالات الخبل عقب الصدمة. ويتطور هذا التناثر نحو الشفاء إلا في حال تأخر ظهوره وتطوره المزمن وعندها يؤدي إلى تلف الحلي.

## ٧- ردة الفعل عقب الصدمة

### - المظاهر النفسية والجسدية:

وتتظاهر من خلال الوهن النفسي والجسدي وعدم ثبات الحالة الوجدانية وزيادة الاحاسيس الذاتية والتلق للعلوم والارق والاحلام المزعجة والمفرعة. وهذه الظواهر يمكنها أن تكون ابضعة لسابع ويمكنها أن تأتي عقب حالات الخبل. ويمكن لهذه

الحالة ان تتخذ مع الوقت ليظهر على اساسها عصب الوسواس ورهاب الموت.

#### ٨- الوهن الدماغى عقب المصمى Cerebrasthenie P.T.

- المظاهر النفسية والجسدية:

أو التناثر لذاتي المشترك (Subjectif Common). وعناصره التشخيصية هي التالية: الرضة وتناثر الوهن (نوراستابا). وهي حالة نفسية تقوم من بضعة اسابيع لغاية سنتين. وهو يبدأ لما مباشرة عقب الخروج من حالة الخبل أو بعدما ببضعة اسابيع. ومن أهم مظاهر المرضية نذكر: الصداغ (يظهر فجأة أو بعد الاماقي النفسي والجسدي أو حركات الرأس السريعة) والدوار (عقب حركة رأس سريعة) واضطرابات النوم واضطرابات عصبية نباتية وتضخم الاحساس بالذات إضافة إلى الاضطرابات الوجدانية (قلق وعذابة وافعال سريع... الخ). ولغیراً لخفض الرغبة الجنسية. كما يظهر القمص العصبي زيادة الارتكاسات ولوتجاف الاطراف.

#### ٩- مرض دماغ المالك Punch - Drunk.

ويتميز بحالة خبالية خفيفة وانخفاض مهم في الذاكرة والانتباه تؤدي دورها إلى موجات من الغضب. وهذه الموارض تتقدم وتقوى خلال العام الأول على ظهور المرض ليحقب ذلك فترة استقرار للموارض ثم يظهر المرض بمظاهر شبيهة بمظاهر الشلل الرعاشي (مرض باركنسون) ويضاف إليها تناثر عتبي.

#### ١٠- الصرع عقب الرضوض.

- المظاهر النفسية والجسدية:

غالباً ما يكون هذا الصرع من نوع جاكسون. وتظهر أولى التويكات بعد ٦ أشهر إلى سنتين عقب الرضة. ويمكنها أن تتأخر إلى خمس سنوات كحد أقصى. وخلال الفترة الفاصلة بين التويكات نلاحظ لدى المريض هلاسية التفكير وقد الأرادة (الدوافع) واللامبالاة والقلق.



### ١١- التلف العقلي Deterioration mentale.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضى وضعف الذاكرة بالنسبة للحوادث الجديدة وتباطؤ التفكير وانخفاض القدرة على التجريد والتسليم وقر الوجدان. ويظهر القميص النفسي انخفاض القدرة للتكرية وانخفاض القدرة على الانتباه والتركيز وبطء التفكير والقرح المزلي والانفجارات الانفعالية مع حفاظه على منطلقات نمط التفكير.

### ١٢- عقب الصدمة Demence Post - Traumatique.

- المظاهر النفسية والجسدية:

عناصر التشخيص: الرضة والضعف الذهني وقد لواقع أو للشعق والتطور البطيء. وعلاكم العته المعروفة. بعد تراجع المظاهر المشتركة للصدمة تبدأ بالظهور وبشكل تدريجي (مع أو بدون فترة كمون) علاكم العته. ومن خلال القميص النفسي نستطيع تحديد العلاكم التالية: تصور تكروي هام (خاصة لجهة القدرة على الحفظ) مع قصور الانتباه (خاصة الانتباه القوي) وتباطؤ التفكير واضطراب توجهه في الزمان والمكان. ويكون المريض واعياً لهذه التغيرات الذاتية ويصبح نزقاً وغير ودود. ثم يبدأ استقرار حالة العته خلال سنوات.

### ١٣- الذهان عقب الصدمة.

- المظاهر النفسية والجسدية:

يختلف الباحثون في تفسيرهم لحالات الذهان المتبدية عقب رضوض الجمجمة - الدماغ. فيردما بعضهم إلى وجود استعداد سابق للأصالية بالذهان مع اثر الرضة في تحجيره. في حين يعتقد بعضهم ان ظهور الذهان عقب الرضة هو مجرد مصادفة. ومن الذهانات التي لوحظ ظهورها عقب الرضوض تذكر القصام والذهان المزمن

للمنظم والذمات المزاجية. لما اردود الفعل الذماتية فهي تظهر عقب الرضوض بكثافة تمنعنا من قبول ردما الى مبدأ المصافقة.

#### ١٤- العصاب عقب الرضوض الدماغية.

- المظاهر النفسية والجسدية:

وهو أكثر الأثار حدوثاً لدى المتعرضين للرضوض الجمجمة - الدماغية. ويختلف هذا العصاب في حدته وفي ديمومته من حالة الى أخرى وأيته بحة. ويمكننا أن نجد في هذه الحالات خليطاً من المظاهر العصبية: القلق والانهيار والفرق والرهاب والوساوس المرضية والشكوى الجسدية... الخ.

#### ١٠(ج)- الاضطرابات العقلية الناجمة عن الأورام الدماغية.

١- ارتفاع الضغط داخل الجمجمة:

المظاهر النفسية والجسدية: في البداية تظهر علامته بشكل حابر لتعود وتستقر وتصبح دائمة بعد فترة من الوقت. ثم تتطور لتؤدي الى الغيبوبة والموت. وهذه المظاهر هي:

- على الصعيد الجسدي: الصداع والغثان والقيء وتورم الحمية Papile وتبادل النبض والتنفس إضافة الى التوهات الاختلاجية المعصمة.

- على الصعيد النفسي: الخبل العقلي وعسر التفكير. ويكون هذا الخبل من نوع باروك (Baruk) وهو يطل الوعي اليقظ وإيقاع التفكير دون أن يطل القوى الذهنية الأساسية. أما عسر التفكير فهو يصيب ٢٠٪ من الحالات ويمكنه أن يتطور لدى الشيوخ نحو تناذر كورسكوف.

٢- الورم الدماغى غير المتمركز:

المظاهر النفسية والجسدية: تتطور مظاهر هذا الورم نحو الخطورة بصورة تدريجية. وتشهد هذه المظاهر ترواجاً كبيراً (أحياناً تشتت وتخف في اليوم نفسه). ونقسم الاضطرابات النفسية المصاحبة لهذه الحالة الى:

١- دالمة: وفيها تضيق حل الوعي (٢٣٠٪ من الحالات) الذي يزداد مع تطور الورم وحالة فقد الودية المصاحبة بالتزرق والتلوح الانفعالي والانخفاض التدريجي للقوى الذهنية (الكجريد والتحليل والتركيب ويطء التفكير وضعف الربط الفكري... الخ) وأحياناً الهذيان.

٢- عشوائية: وتتبدى على شكل نوبات وهي ذات علاقة بالاضطرابات النفسية الدائمة وغالباً ما توهي بتحديد المنطقة الدماغية المتأثرة بالورم. ومن هذه المظاهر العشوائية نذكر: (١) لنوبات الهلوسية (بصرية، سمعية، شمعية)، غالباً ما تتخذ شكل الهالة وتكون معادلة لنوبة اختلاجية. و(٢) اضطرابات الوعي العشوائية (نوبات قوسية أو غيبية شبه صرعية) و(٣) حالة خبلية يمكنها أن تتطور نحو الغيبوبة و(٤) نوبات اختلاجية ثلوية.

٣- لدى تطور الحالة تشتت هذه المظاهر ويضاف إليها عوارض ارتفاع الضغط داخل الجمجمة.

### ٣- ورم الفص الجبهوي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام (راجع الفقرة السابقة) مع حالة مزاجية خاصة - شفق مصطنع Morie واضطرابات عصبية مميزة لاصابة الفص الجبهوي.

الاضطرابات النفسية الدالمة: وهي تتجلى بحالة من فقد الإرادة والودية تمازجها حالة من الشفق المفتل مع الميل إلى التطبيقات الفكاهية ذات الطابع الإباحي وذلك مع أو بدون ظهور فترات الإرادة والودية.

الاضطرابات العصبية: ومن أهمها نذكر الشلل (على أنواعه) واضطراب الارتكاسات العصبية وانعدام تأزر القدرات العقلية والحركية المتمركزة في الفص الجبهوي.

#### ٤- ورم القنص الصدغي:

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هالوس ونوبات تقوسية والاضطرابات الحسية المميزة لإصابة القنص الصدغي.

الاضطرابات النفسية العنقودية: وهي مميزة لهذا الورم وهي تظهر عادة في إطار الصرع الصدغي (المرافق لهذه الأورام) أما على شكل حالة صرعية و/ أو على شكل معادلته من نوبات نفسية- حسية تتجلى بشكل هالوس بصرية، سمعية، شمعية، ذوقية، أو دهليزية. وتمتاز الهلوسات البصرية، في هذه الحالة، بحركتها وتقليدها وشموليتها وبسقاطها في الحقل البصري الدماغي المعاكس لمكان الورم. ويضاف إليها هلوسات بصرية بعكس مكان الورم. كما تترافق هذه الاضطرابات بحركات تكرارية- نمطية تظهر على أرضية خبوية وأحياناً تصانف هلوسات ذات طبيعة نولمية. كما تلاحظ نوبات حركية على شكل آلية صغيرة (مثل تمثيل حركات للعنق والبالغ.... الخ) وأيضاً تظهر اضطرابات الوعي (خاصة التوبة القوسية واضطرابات الذاكرة من نوع المألوفات النفسية ولوعام سبق الروية).

الاضطرابات الحسية: ومنها التوابع الحسية- القبلية (الأم المعدة والبطن والاضطرابات التنفس والاضطرابات الشريانية- الوظيفية).

ويمتاز ورم القنص الصدغي بنوبات الهلوسية (الوهمية أو البصرية- عكس مكان الورم) وبالاضطرابات الحسية من نوع الحُجْم الحسية.

#### ٥- ورم القنص الجداري :

المظاهر النفسية والجسدية: عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام واضطراب صورة الجسد.

الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.

**الاضطرابات العصبية:** وتتميز خاصة باضطراب صورة الجسد المتبدى من خلال تناثر غريشمان (عنه الاحساس بالأصابع واللاصباية وتصور الكتابة واضطراب التوجه في المكان الجهتي اليمين واليسار) وتناثر انطوان بلينسكى (فقد الإحساس بأعضاء نصف الجسد معمه العامة وعنه مراقق الشلل النصفي) . كما تمكن مصابة اضطرابات عصبية من نوع فقد التلمس وعنه وانخفاض الإحساس النصفي العميق والتلمس) واضطرابات حركية من نوع شلل الأطراف النصفي أو الشلل النصفي وومن العضلات والعنه الحركي (في حال هيمنة الورم على أحد جانبي الدماغ).

#### ٦- ورم الفص القذالي:

**المظاهر النفسية والجسدية:** عناصر التشخيص: الاضطرابات النفسية العامة للأورام مع هلوسات بصرية واضطرابات الحقل البصري.  
الاضطرابات النفسية الدائمة: مثلها مثل الاضطرابات الدائمة للأورام عامة.  
الاضطرابات النفسية العشوائية: هلوسات بصرية غير مركبة (بسيطة) وتكرارية يمكنها أن تسبق النوبات الاختلاجية.  
**الاضطرابات العصبية:** وتعلق خاصة بمطل البصر الدماغى وتتبدى بـ:  
العنه البصري والعنى الحاقى (نادرة) وهلوسات بصرية أحادية الجانب (على اليمين أو على اليسار) - على الجانب المعكس لمكان الإصابة.

#### ٧- ورم الجسم الثفني:

**المظاهر النفسية والجسدية:** يضاف الى الاضطرابات النفسية للمراقبة علمة للأورام اضطراب مميز هو اللاقتهاء Aprosexie.

#### ٨- ورم قاعدة الدماغ:

**المظاهر النفسية والجسدية:** لا توجد له عاتم مميزة عن تلك المعروضة في بند الورم الدماغى غير المتمركز.

## ١٠ (د) - الاضطرابات العقلية الناجمة عن الزهري الدماغي

### ١- مرحلة البداية:

للمظاهر الجسدية: ظهور غرنة (قرحة) السفلس (بعد ٢- ١٣ أسبوعاً على انتقال العدوى) وتكون عادة في المناطق التماسية ويكون لونها باهون اللحم البقري.  
المظاهر النفسية: نوبات قلقية وردود فعل تهيؤية تراقبها أحياناً أفكار انتحارية.  
ويصف العالم فورينه بعض حالات الإقدام على الانتحار. (ولكن وجود العلاجات الملائمة بات بعد من هذه المظاهر وهي انتقلت الآن إلى مرضى الإيدز).

### ٢- المرحلة الثانية:

المظاهر الجسدية: وهذه المرحلة والمرحلة التي تليها لا تظهر في حال علاج المرض الحاسم في مرحلة البداية. وهي تظهر لما في حالات إهمال العلاج أو في حالات الخطأ للملاحي. وهي تتظاهر جسدياً بمظاهر الالتهاب التسمي.

المظاهر النفسية: تنبذ على المريض مظاهر ذهان الالتهاب التسمي Psychose Toxicoinfectieuse حيث نلاحظ مظاهر خيلية (على درجات متفاوتة من الحدة) وحالات تهيؤية (غالباً هياج هوسي). كما يمكن للخبيل أن يأخذ مظهراً نولمياً وصولاً إلى التظاهرات الهلوسية.

### ٣- المرحلة الثالثة:

للمظاهر النفسية والجسدية: وتسمى بالمرحلة الوعائية- السحائية لأن التهاب السفلس يصل فيها إلى السحايا الدماغية فيؤدي إلى اختلال عقلي تدريجي وإلى ظهور المظاهر العصبية المشتركة بين التلورات العنوية- النفسية ليعتق بذلك حالات خيلية- عنوية مختلفة مثل:

(١) تفلر كورسكوف الزهري

(٢) التسلات (Amnesies)

٣) العلام الخاصة بتركز الإصابة في منطقة دماغية معينة (مثل الصراع من نوع جاكسون والهولوسات البصرية اليمينية أو اليسارية... الخ)  
 ٤) الأشكال الهذائية- الهلوسية (عظمية الطابع وشبيهة بالفصام)  
 ٥) أشكال الهذيان - القول مع هياج وذبول وفي هذه الحالات يمكن حدوث الحوادث الدماغية المميتة.

#### ٤- مرحلة السُّهَام Tabes :

المظاهر النفسية والجسدية: وهي مرحلة تطور الإصابة الزهرية على الصعيد العصبي. إذ تتعدى الإصابة السحايا الدماغية لتبلغ جذور الأعصاب الخلفية وتتسبب بالتهابها. ويحتفظ للمريض عادة بقواه الذهنية. ولكن في بعض الحالات يمكن لهذه المرحلة أن تترافق مع اضطرابات نفسية عديدة مثل الميول الانهيارية ولوبات القلق والذمات الهذائية المزمنة.

#### ٥- مرحلة الشلل العام:

المظاهر النفسية والجسدية: في جانب الشلل العام تتجلى، في هذه المرحلة، مظاهر نفسية متشعبة ومختلفة يمكننا تصنيفها وفق مراحل تطورها للثلاث وهي:  
 ١- مرحلة بدئية الشلل العام: وفيها يمكن تصنيف الاضطرابات في إحدى الفئات التالية: الحوائية (Neurastenie) والصفافة (Psychopathie) والذهانية.  
 ٢- مرحلة الاستقرار: وفيها تراجع الفعالية الإدراكية (انتباه، ذاكرة، اتصال تركيز) واضطراب الإيماء والقدرة على التعبير والكتابة. كما نلاحظ تراجع القدرة على التحليل العقلائي واضطرابات التحكم بالغرائر والعواطف.  
 ٣- المرحلة النهائية: وفيها تكتمل مظاهر العته وتتبدى تطورات الشلل العام فيفقد المريض القدرة على الحركة وعلى التحكم ببوله وبرازة... الخ.

## ١٠ (هـ) الاضطرابات العقلية الناتجة عن الالتهابات داخل الجمجمة.

### ١ - التهاب السحايا البكتيري Meningite Purulente.

المظاهر النفسية والجسدية: وهو من التغيرات المحتملة لبعض الالتهابات البكتيرية (المكورات الرئوية والسحائية والعنقديات وعصويات السل وإيبرت والمنقولة والأشركية القولونية). والتغيرات النفسية لهذا المرض تكون خطيرة (خاصة في التهابات المكورات السحائية والرئوية والتهاب السل). ويبدأ المرض بعلامات الالتهاب التسممي المتصاحب مع علائم إصابة السحايا وتبدأ علائمه في السائل الشوكي وفي تخطيط الدماغ. ولا تلبث هذه العلامات أن تتراجع بعد العلاج. ولكن هذا المرض يخلف عقابيل عصبية ونفسية على درجة من الخطورة.

### ٢ - التهاب السحايا الفيروسي:

المظاهر النفسية والجسدية: وينجم عن بعض الإصابات الفيروسية. وعلائمه النفسية أقل حدة وخطورة من سابقه وغالبا ما تتظاهر بحالات الحماس ودغش الوعي (Obnubulation) أو تناثر عياء مقرون بعلامات عصبية لإصابة السحايا. وهو لا يترك عقابيل نفسية أو عصبية هامة.

### ٣ - التهاب الدماغ الوبائي Encephalite Epidemique:

المظاهر النفسية والجسدية: وهو نادر وله شكلان حادان:

١- حثي وسني: مع نوم مفرط. يدوم بضعة أسابيع.

٢- رمع عضلي مؤلم (Algomycloclonie): مع أوجاع حادة، في الأذراعين وفي مؤخرة الرأس/مترافقة مع تشنجات مميزة. -  
الاضطرابات النفسية: هي اضطرابات ذهافية الطابع (جسود عضلي، هذيان، حالات حلمية، هلوسات بصرية، فقدان الإيمائية).



الاضطرابات العصبية: شلل، خزل (Parcse) تضلل الجفن، خزل القدرة على تكيف الرؤية لرؤى (Nystagmus) ... الخ غياب الارتكاس البصري - الحركي. بعد بضعة أسابيع تتراجع هذه المظاهر مخلفة تآخر باركسون أو تآخر الوهن الدماغي.

٤- التهاب بوضاء الدماغ ما تحت الحاد - Leucoencephalite Sous aigue: أو مرض (Van Bogaret).

المظاهر النفسية والجسدية توهو التهاب خطر ينتهي غالباً بالموت ويمر في ثلاث مراحل:

١- تغيرات سلوكية (اللامبالاة وتقلل الودية) مترافقة مع نوبات حركية بسيطة ولا حركية.

٢- تدهور عقلي تدريجي يتبدى بمظهر عتهي مع خرس وصعوبات في البلع وحركات رمعية (تشنجات عضلية لا إرادية) وحركات زفنية (Choreeiforme).

٣- المرحلة الأخيرة وتتميز بالذهول والعمود الشللي (تظهر موجات - Rader Macker - تشبه البنات في شارع - في تخطيط الدماغ).

٥- التهابات الدماغ الثانوية Encephalitis Secondaires:

• التهاب الدماغ عقب اللقاح:

المظاهر النفسية والجسدية: ويظهر غالباً عقب تناول لقاح الجدري وهو أقل ظهوراً عقب لقاحات الكلب والسعال الديكي. ويظهر بعد ٩-١٣ يوماً من اللقاح. ويبدأ فجأة بعلامات التهابية خطيرة (حرارة، استفراغ، صداع) إضافة إلى علامات إصابة الجهاز الهضمي. وعلى الصعيد النفسي يظهر التعلل والخلل وعلامات خارج هرمية وشلل.

• التهاب الدماغ الثانوي للقاح جدري الماء (نفس العلامات السابقة).

• التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصى الألمانية (نفس العلامات السابقة).

• التهاب الدماغ الثانوي للقاح الحصبة (نفس العلامات السابقة).

## ٦- التفكحات الدماغية:

\* التهاب الوريد الخثاري (Thrombophlebite): ويرتبط ظهوره بالتهاب عام أو في منطقة قريبة من الوريد. وتختلف مظاهره الحسية باختلاف المنطقة التي يقع فيها. وتتبدى بعلائم التهابية خطيرة واضطرابات على مستوى الوعي.

\* الخراج الدماغى: يشبه في التصوير الأورام وتختلف مظاهره باختلاف مكان وجوده. وعلائمه تشبه علائم سابقة ولكنها تختلف من حيث تطوراتها التي تصل إلى حدود الغيبوبة.

## ١٠ (و) الاضطرابات العقلية الناجمة عن مرض الصرع.

تحدد الترواسات علائم مميزة لسلوك المصابين بالصرع. وتعتبرها بمنزلة اضطرابات الشخصية المصاحبة للصرع. وهذه الاضطرابات تختلف في حداثتها باختلاف الحالة وبإختلاف مدى أزمان المرض وقابلية البؤرة الصرعية للامتداد. وفيما يلي نعرض باختصار لعلائم اضطرابات الشخصية لدى مريض الصرع:

ميل خاص نحو ملموس (concret) وقابلية (تبلغ حدود الحد) للاصرار على تحقيق رغباته وركود التفكير وتوجهه نحو فكرة معينة مع لزوجة التفكير (انخفاض القدرة على التفكير النقلي).

عدم الثبات الانفعالي المبالغ. بحيث ينتقل المريض من حالة القصور إلى الاكتئاب بسرعة وبدون مبرر. وكذلك فإنه يكون عرضة لتوبات نزوية كثيرة.

بسبب تكرار التوبات (ويصحب حداثتها) يفقد المريض تدريجياً قدرته على التكيف الحسي والحركي (يتباطأ هذا التكيف). مع ميل لتقوم بحركات تلقائية لا معنى لها (في رأي البعض نتيجة لخلل الدماغى).

يربط البعض بين ظهور التوبة الصرعية وبين حاجة المريض للتخلص من مشغولات يتعرض لها.

يرتبط ظهور بعض التوبات بإفراط محددة. كمثال ظهورها عقب حالة انفعالية معينة أو عقب إثارة بصرية أو سمعية أو لمسية (وتسمى هذه الحالات بالصرع الارتكاسي).

إن العلاقة بين الصرع وبين العصاب الهيبنتيري هي علاقة تقتضي التحري والانتباه لدى بعض المرضى حيث يبدو أن الانفعالات يمكنها أن تفرغ لديهم وفق وسيلتين: الصرع والتوبة الهيبنتيرية.

العلامات النفسية المتبدية خلال مراحل التوبة: وتختلف من حالة لأخرى ومنها نذكر: اضطرابات الذاكرة والحالة الحسية وتكريرات عشوائية والتوبات الفكرية والنزوية- الغريزية والتوبات النفسية- الإحساسية.

## الفصل السابع

### الاختبارات النفسية

- ١ - تصنيف الاختبارات
- ٢ - اختبار انتقاء القيم
- ٣ - اختبار الانهيار للقلق (DE - AN)
- ٤ - اختبار إكمال الجمل
- ٥ - اختبار الميول - النفسية المرضية (W. M)
- ٦ - مثل تطبيقي لاختبارات الـ TAT
- ٧ - اختبار الانهيار المقنع
- ٨ - اختبار الخيال



يمرّف العالم Pichot (١) الاختبارات النفسية على أنها مجموعة مواقف  
تجريبية موحدة ، تستخدم كمثير (أو مهيج) للسلوك . هذا السلوك الذي يجري تقييمه  
بالمقارنة الاحصائية منع بقوة أنماط السلوك التي انتهجها باقي المفحوصون لدى  
تعرضهم للموقف ذاته .

هذا ويتفق الباحثون على ضرورة توافر شروط معينة تؤمن تطبيق الرائز  
بشكل مثالي . وهذه الشروط هي :

- ١ - توحيد المواقف التي يحويها الرائز (التعليمات، تسلسل المواقف ومدةها) .
- ٢ - تسجيل الإجابات بكل دقة وموضوعية .
- ٣ - التقييم الاحصائي للسلوك .
- ٤ - تصنيف الاجابات في مجموعات معتمدة كمرجع .

#### تصنيف الاختبارات النفسية :

إن تصنيف هذه الاختبارات هو من الصعوبة بمكان . فهذه الاختبارات  
أصبحت تعد بالآلاف . ولو صح القول فإن لكل فاحص نفسى رائزه الخاص به لو  
على الأكل فإن لكل فاحص طريقته الخاصة في علاج نتائج الاختبار وفي وضع  
التفسير الذي توحي به هذه النتائج .

بناء على هذه المعطيات اتفق على تقسيم الاختبارات النفسية إلى ثلاث  
مجموعات هي :

- أ - إختبارات (أو روائز) الشخصية .
- ب - الاختبارات الإسقاطية (Tests Projectives) .
- ج - إختبارات الفعالية .

١ - Pichot , P. " La Personnalité " Ed. Decosta Paris 1973 .

### أ - اختبارات الشخصية :

تختلف هذه الاختبارات في تقيقتها وفي طرق تطبيقها . كما تختلف أيضاً باختلاف نظريات الشخصية (٢) . ومن هنا ينبع هذا التباين ، الذي سنلاحظه لاحقاً بين هذه الاختبارات . التي سنعرض لأسمها .

١ - اختبار إيزنك (Eysenck) : ويتألف هذا الاختبار من ٥٧ سؤالاً موزعاً لتحديد ثلاثة عوامل : (١) الانفتاح - الانغلاق الاجتماعي ، (٢) العصب ، (٣) الكذب .

٢ - اختبار كاتيل (Cattel) : ويحتوي على أربعين سؤالاً (موقفاً) وعلى المفحوص أن يتلقى إجابة واحدة من ثلاث إجابات مقترحة . وهذا الاختبار يطبق على من تجاوزوا سن الـ ١٤ - ١٥ عاماً .

ومن شأن هذا الاختبار أن يساعدنا في تحديد عاملين مهمين هما :

أ - التمييز بين القلق الظاهر والقلق المستتر .

ب - تحديد عوامل الشخصية المسؤولة عن إصابة المفحوص بالقلق .

٣ - اختبار Minnesota أو المتعدد المراحل : وهو من ضروريات علم النفس العيادي . إذ يساعد الفاحص على تقييم عوامل شخصية المفحوص بشكل دقيق . وكذلك فهو يساعد الفاحص على تبيين المظاهر الدالة على اضطراب شخصية المفحوص .

ويحتوي هذا الاختبار على ٥٥٠ جملة متضمنة إشارات إلى مختلف الميادين بدءاً بالصحة الجسدية مروراً بالمواقف الأخلاقية وصولاً إلى السلوك الاجتماعي

٢ - راجع نظريات الشخصية في هذا الكتاب .

للمفحوص . ويطلب من المفحوص تصنيف إجابته في ثلاثة خلافت هي : (١) صحيح ،  
(٢) خطأ ، (٣) لا أعلم .

ووفق إجابات المفحوص يتم تصنيفه في واحد من المجموعات التسعة التالية :

(Hs) Hypochondria	١ - هاجس المرض
(H) DéPression	٢ - الاكتئاب
(Hy) Hystérie	٣ - الهستيريا
(Pd) Déviation Psychopath	٤ - تحول نفسي - مرضي
(Hf) Intérêt	٥ - الرينجي
(Pa) Paranoïque	٦ - العظامي
(pt) Psychasthénique	٧ - البسيكاستانيا
(Sc) Schisophrénique	٨ - الصامسي
(Ma) Hypomanie	٩ - منخفض القدرة الهولمية

٤ - اختبار الميول المرضية - النفسية أو اختبار (V/oodwrth-  
(Mathwes) : (سنعرض لاحقاً هذا الاختبار كاملاً كمثال تطبيقي في نهاية  
الفصل) .

#### ب - الاختبارات الاسقاطية :

يهدف استعمال الطرق الاسقاطية لفحص النفس إلى التعرف على شخصية  
المفحوص بوصفها كلا متكامل . أي دون تجزيه لهذه الشخصية إلى مكوناتها .  
وتتلخص الطرق الاسقاطية بمواجهة المفحوص بمجموعة من المواقف غير المحددة  
(غير واضحة) . بحيث تكون إجابته انعكاساً لميوله العفوية ولكن أيضاً للبنية العامة  
الشخصية .



وهذه الاختبارات تستدعي بديهة المفحوص وسرعة تصرفه . وهي بهذا تعطي  
المفحوص حرية أكبر من بقية الاختبارات .

وإذا أردنا تصنيف الاختبارات الاسقاطية فهي تنقسم كالآتي :

١ - الاختبارات الترابطية (Associatives) مثل اختبار رورشاخ واختبار  
شترن (Stem) .

٢ - الاختبارات البنائية وهي اختبارات الـ T. A. T والـ MAPST .

٣ - اختبارات إتمام الجمل أو الصور أو الحكايات. (وتمنح عليها مثلاً  
تطبيقاً في نهاية الفصل) .

٤ - اختبارات الإنتقاء وأهمها اختبار سوندي .

٥ - الاختبارات التعبيرية ومنها اختبار كوخ (Koch) أو رسم الشجرة واختبار  
رسم المثلثة .

ولنعلم الآن أن نمطي فكرة عن هذه الاختبارات من خلال شرح ملخص  
لمبادئها ولبدأ به :

أ - اختبار رورشاخ (١) : إن هذا الاختبار هو أشهر الاختبارات الاسقاطية  
للبلغين على الإطلاق وهو بالتالي أكثرها استعمالاً وخاصة في الطب النفسي  
للبلغين .

وهذا الاختبار مكون من عشرة لوحات تمثل صوراً غير محددة المعالم (انظر  
للصور) سوداء أو ملونة . ولكنها جميعاً متوزعة بالنسبة لخط يمر في وسطها .

---

٢ - لتتبع في هذا الموضوع انظر ملف الحد الفس عشر من مجلة الثقافة النفسية وهو مخصص  
لشرح المنطق النظرية لهذا الاختبار وتطبيقاته .

وهذا الاختبار يطلب من المفحوص أن يطل الصورة ملخاً عما يراه هو شخصياً في هذه الصورة. وكل جواب يعطيه المفحوص يُصنف من قبل القاص وفق ثلاثة معايير هي : (١) طريقة فهم المفحوص للصورة، (٢) محتوى تفسيره للصورة، (٣) العامل المحدد للصورة . مثل عن اختبار الشخصية (رورزشا) حيث يتوجب على المفحوص أن يقول لنا ماذا يرى في هذه الصورة غير المكتملة والملونة (تلعب الألوان دوراً إيحائياً مهماً) .



على المفحوص أن يخبرنا عما يراه في هذه الصورة .

ب - اختبار الـ T. A. T أو اختبار تفهم الموضوع Thematique Aperception : يتكون هذا الاختبار من ثلاثين صورة لبيض وأسود تمثل أشخاصاً يقومون بنشاط ما ، في مواقف وأوضاع ، غير واضحة ، على درجة عالية من الغموض وإمكانية الالتباس . وتتمحور فكرة الاختبار حول لحدرة المفحوص على تمييز وتعرّف بطل الحكاية التي يخترعها لكل صورة .

على أننا سنعطي مثالا تطبيقيا لهذا الاختبار في نهاية هذا الفصل

ج - إختبار روزنزاويج (Rosenzweig) : وهو كلفة عن إختبار ردة فعل المفحوص أمام المواقف الصراعية . والاختبار مكون من ٢٤ لوحة تمثل كل منهما شخصين في موقف من المواقف الإجباطية .

د - إختبار سوندي (Szondi) : يهدف هذا الاختبار إلى فحص أعمق الشخصية طبيعة كانت أو مرضية . ويطلق هذا الاختبار أهمية قصوى على اكتشاف تأثير الصراعات على تصرفات المفحوص، وعلى فحوى هذه التصرفات (المبول المكونة لدى المريض) ، وأخيراً يهدف الاختبار إلى التعرف على الدينامية النفسية المحيطة للمفحوص .

تتمثل لوفت هذا الاختبار بست مجموعات تتألف كل منها من ثمانى صور تمثل مرضى عقليين . يعرضها للفاحص تباعاً طالباً من المفحوص إنتقاء صورتين تعجبه من كل مجموعة إضافة إلى صورتين تسيبان له النفور .

من خلال هذا الإنتقاء يفترض واضع الاختبار أنه بالإمكان دراسة شخصية المفحوص . وذلك إطلاقاً من فكرة أن الصور المحببة للمفحوص إنما تمثل أنه لأنها تحوى العوائل الفريرية المنسجمة مع ميوله الحالية . فهي إذا منسجمة مع أنه أما الصور المنفرة أو المثيرة لاشمئزاز المفحوص فهي تمكس الواجبات والالتزامات التي يرفضها المفحوص .

وهكذا فإن من شأن هذا الانتقاء أن يحدد ميول وعلائم شخصية المريض .

هـ - إختبار لوشر (Lüscher) : ويخلص بأن تقدم للمفحوص ثمانى أوراق ملونة طالبين منه تصنيفها وفق تفضيله للألوان . وقد أثبتت بعض الأبحاث أن هناك علاقة بين تفضيل أو رفض لون معين وبين بعض الأمراض النفسية . إلا أن هذا الاختبار يبقى بعيداً عن التطبيق في مجال الطب النفسي .

### ج - إختبارات الفعالية :

أو إختبار العمليات الإدراكية : وكما يوحي اسمها فإنها تقيس بمدى واحداً من أبعاد الشخصية كالذاكرة أو الانتباه أو التفكير ... الخ وتقسم هذه الإختبارات إلى :

١ - إختبارات الانتباه ومنها : إختبار بوردون Bourdon ، إختبار تولور -

بيروني Toulouse-Piéron

٢ - إختبارات الذاكرة ومنها : جيل R. Gille ، وكسلر D. Wechsler ،

بينيه A. Binet

٣ - إختبارات المستوى الذهني ومنها : إختبار وكسلر Wechsler و

W.I.S.C. و W. A. I. S. وإختبار رافن Raven وإختبار غولشتاين شيرير

Goldstein - Scheerer ... الخ .

ونكتلي بهذا القدر من الكلام عن إختبارات الفعالية . ففي ميدان عالم النفس لا يمكننا أن نفصل دراسة عامل من عوامل الشخصية عن بقية هذه العوامل . فنحن مثلاً لا نستطيع أن نفصل الذاكرة عن الذكاء أو عن الانتباه أو عن الخيال ... الخ .

أما يلي نورد أمثلة تطبيقية على بعض هذه الإختبارات .

### د - أمثلة تطبيقية :

بعد عرضنا لمختلف أنواع الإختبارات النفسية وإعطائنا لبعض الأمثلة عليها فإننا سنعرض الآن أمثلة تطبيقية لكل مجموعة . متوخين إختيار الروايز الأسهل تطبيقاً والأفضل مردوداً علاجياً . وفي هذا السبيل لقد اخترنا الإختبارات التالية :

١ - إختبار إنتقاء القيم .

٢ - إختبار (DE - AN) .

٣ - إختبار إكمال الجمل .

٤ - إختبار الميول المرضية النفسية (W. M) .

٥ - مثل تطبيقي على اختبار لـ (T. A. T) .

٦ - اختبار الانهيار المقنع .

٧ - اختبار القدرة التخيلية (الخيال) .

١ - اختبار إتقاء القوم :

وهذا الاختبار هو أكثر الاختبارات إستعمالاً في ميدان الطب النفسي . وذلك نظراً لبساطته ، وسهولة تطبيقه وكذلك سهولة استخلاص نتائج بعد قيام الفاحص بإجراء فحصه العيادي .. -

وهذا الاختبار كناية عن مجموعة من الأوراق (٣٥ ورقة) مثل أوراق اللعب . كتبت على كل ورقة منه كلمة ذات معنى فكري - وجداني مثل : طعام ، جبال ، أولاد ، حياة ، غابات ، دراهم ، سيارة ، عقلة ، ثروة ، أزمة ، أغنية ، موت ، متحف ، هدوء ، طبيعة ، طفولة ، موسيقى ، بحر ، صدقة ، مسافرين ، مسرح ، نبيذ ، حلويات ، سينما ، ربيع ، قمر ... الخ.

يطلب من المفحوص أن يقرأ أولاً كل الكلمات المكتوبة على الأوراق. وبعدها يجب على المفحوص أن ينتقى خمسة أوراق (من لـ ٣٥) ويقدمه للفاحص. وبعد الكرة مرتين آخرين بحيث يحظى الفاحص ١٥ ورقة.

في غضون ذلك على الفاحص أن يراقب بحذر جميع حركات وكلمات المفحوص .

ومن أجل استخلاص النتائج من خلال هذا الاختبار الاسقاطي، كما نلاحظ على الفاحص أن يعرف بأن المفحوص المنفتح اجتماعياً ينتقى الكلمات الملائمة لهذا الوضع مثل : صدقة ، مسرح ، ربيع ... الخ. في حين أن المنطوق اجتماعياً ينتقى كلمات مثل : هدوء ، طبيعة ، جبال ، غابات ... الخ. على أنه في بعض الحالات المتقدمة للانغلاق الاجتماعي مثل الميل للعزلة المراقق لحالات الانهيار فإن

المفحوص قد يقدم للقاص خمس أوراق حتى دون أن ينظر إلى ما كتب عليها من كلمات. وهذا يعكس موقف المنهار الرافض للقصص والعلاج النفسيين. وهذا الموقف ذاته يعكس الشخصية الشبه الانفصامية .

## ٢ - إختبار (DE - AN) الانهيار والقلق :

في هذا الاختبار نقدم للمفحوص التعليمات التالية : " اقرأ بعناية الجمل الواردة في هذا النص، أعط نفسك الوقت الكافي للتفكير وأخيراً ضع علامة x تحت الإجابة التي تراها مناسبة لوضعك (تقسم الإجابات إلى ١) على الأرجح نعم، ٢) إلى حد ما، ٣) على الأرجح لا ، ولحالتك الحاضرة. لا تستشر أحداً وجاوب بكل جدية.

- | لما أسئلة الاختبار فهي أربعون :            | على الأرجح | إلى حد | على الأرجح |
|--|------------|--------|------------|
| ١- أحس بأن الحياة جديرة بأن تمأث           | .....      | .....  | .....      |
| ٢- عندما ألهض من نومي أحس بأن              | .....      | .....  | .....      |
| نهاراً تعيماً ينتظرنى                      | .....      | .....  | .....      |
| ٣- يبدو لى المستقبل واعداً ومليناً بالأمال | .....      | .....  | .....      |
| ٤- كان من الأفضل لى لو لى لم أولد          | .....      | .....  | .....      |
| ٥ - أحس بأن الحياة تعرضنى للخيبت           | .....      | .....  | .....      |
| أكثر مما تعطينى من السعادة                 | .....      | .....  | .....      |
| ٦- عندما أستيقظ صباحاً أشعر بأن            | .....      | .....  | .....      |
| نهاراً مهماً ينتظرنى                       | .....      | .....  | .....      |
| ٧- بالنسبة لى فالى أعتبر أن العيش هو       | .....      | .....  | .....      |
| بمثابة مغامرة فذة وجميلة                   | .....      | .....  | .....      |
| ٨- أود أن ألتصص من كل ما حولى              | .....      | .....  | .....      |
| ٩- أنا قسان مسعد                           | .....      | .....  | .....      |

على الأرجح إلى حد على الأرجح

- ١٠- بالنسبة إلى قلب الأمور مسارت  
بشكل مقبول .....  
١١- يبدو لي أن المستقبل حالك السواد  
بحيث أتساءل عما إذا استحوّث الحياة أن  
نحيّاها لآخرها .....  
١٢- أحس بأن الحياة تعني تركود  
والمال .....  
١٣- أحس بأنني شقي وحزين .....  
١٤- عندما أنظر الخلف أرى أن الحياة  
كانت لطيفة معي .....  
١٥- أعاني نوبات بكاء لو أحس بأنني  
على وشك البكاء .....  
١٦- أقام يوماً مضطرباً في الليل .....  
١٧- أنا أكل بشراهة .....  
١٨- أنا لا أزال أحصل على كفايتي من  
حياتي الجنسية .....  
١٩- ألاحظ فقدانني لبعض الوزن في  
الفترة الأخيرة .....  
٢٠- أعاني غالباً من الإمساك .....  
٢١- قلبي يخفق بسرعة أكثر من المعتاد .....  
٢٢- أتعب من لا شيء .....





على الأرجح إلى حد على الأرجح

٣٦- عندما تسير الأمور إلى الأسوأ

فأني أغضب وأحزن عوضاً عن التفكير

في الحلول

.....

٣٧- عند الانتظار لقد أعصابي

.....

٣٨- أنا إنسان ذو أعصاب متشنجة يوماً

.....

٣٩- أنا أكثر حساسية من غالية للناس

.....

٤٠- أصابي من ارتجاف اليدين عندما

.....

لود القيام بعمل ما

.....

### لا تراجع الإجابات

#### لا تقارن بين الأسئلة أو تربط بينها

والفحص الذي يعرف عناكم كل من الانهيار والقلق يستطيع وبسهولة أن يحدد درجة إصابة المفحوص بالانهيار أو القلق أو الأثنين معاً من خلال إجاباته على هذه الأسئلة .

#### ٣ - إختبار إتمام الجمل :

في هذا الاختبار تعطى للمفحوص التعليمات التالية : أكمل معاني الجمل التالية بالمعنى الذي يخطر ببالك فور قراءتك للجملة . أعمل وكذلك لا تفكر وأترك نفسك على سجيته في إتمام هذه الجمل .

١- يحسن بالمساعدة عندما .....

٢- قبل أي عمل يقوم به فهو يفضل أن .....

٣- عندما اكتشفت عللي بأنه متورط .....

- ٤- لا شيء يزجج سعد مثل .....
- ٥- إن أكبر طموحات جهاد هي .....
- ٦- عندما رأى عامر رئيسه قائماً .....
- ٧- يحس وسام بعدم للرضى عندما .....
- ٨- دائماً أخلف من ...
- ٩- عندما يتلقى دريد لمرأ فهو .....
- ١٠- إن أول ما يجعل فوز قائماً هو .....
- ١١- أتمنى من كل قلبي أن .....
- ١٢- لاشيء يُغضب رياض مثل .....
- ١٣- سالم يتألم لأنه .....
- ١٤- بشارة يعتقد أن مستقبله .....
- ١٥- إن عامل عدم نجاحه في .....
- ١٦- حياة المرأة تقتضي .....
- ١٧- عندما أدرك أن الآخرين هم أكثر نجاحاً منه عد إلى .....
- ١٨- في كل مرة عندما لا يكون مدحوا فهو .....
- ١٩- بما أنهم أولاد .....
- ٢٠- أنا أبذل ما في وسعي كي .....
- ٢١- بالرغم من كل الألم التي مرت بي ، فإني في المستقبل .....
- ٢٢- إن عدم وجود من يساعده دفع بفائز إلى .....
- ٢٣- إن ما يضيق فائز إلى حد الاختناق هو .....
- ٢٤- إن فكرة طموحه من الآن فصاعداً مرتبطة بـ .....
- ٢٥- عائلة سالم كانت .....

- ٢٦- عندما يكون بدون إشارات يعجبه .....
- ٢٧- إن الخسارة التي تعرض لها جعلته .....
- ٢٨- أنا لا لمس بأنى على طبيعتى عندما .....
- ٢٩- إن أمني الوحيد في هذه الحياة هو .....
- ٣٠- لا شيء يتعب المرء مثل .....
- ٣١- لآري هو .....
- ٣٢- إنه يلقى من الحياة لأن .....
- ٣٣- نقولا سيفعل كل ما في وسعه لكي .....
- ٣٤- سليم يتكلم كثيراً كي .....
- ٣٥- إن مؤسسي (المعلمين تحت إمرتي) .....
- ٣٦- لآري كان يفضل ألا .....
- ٣٧- عندما دخل تنم إلى مكتب المدير .....
- ٣٨- ولد سالم .....
- ٣٩- جمال يتكلم ويضجر بعد أن .....
- ٤٠- إن ما يحبه في نفسه ويكره هو .....
- ٤١- عندما علم علي بأنهم يخونونه .....
- ٤٢- أنه يعتقد أنني .....
- ٤٣- كان يسخر من طريقة جابر في الكلام لئلاية أنه .....
- ٤٤- كان من الممكن لأريد أن يعمل بطريقة أفضل لو .....
- ٤٥- حلم حياتي هو .....
- ٤٦- أنه يحس أنه صغير في عيني نفسه عندما .....
- ٤٧- إنه يحضر يوماً على أمل أن .....

- ٤٨- عندما قول له بأنه خطر .....
- ٤٩- إن التجارب علمته أن .....
- ٥٠- للواجب .....

من خلال المعاني التي يعطيها المفحوص لهذه لأجل يستطيع الفاحص أن يبين أبعاد شخصية المفحوص. وذلك من خلال تصنيف ميول المفحوص في واحدة من الصفات التالية :

- ١- وجود أفكار مسيطرة على وعي المفحوص مثل المحافظة على الصحة، الخوف من الأمراض، الجنس وفي حالات المرض أفكار هذيانة أو غيرها.
- ٢- الميول التشاؤمية : التحويلات الحزينة، اليأس من الحياة ومن المستقبل، سيطرة فكرة الموت، التفكير بالانتحار، الشعور بأنه مكروه، الانهيار الظاهر، الاحباط، الخوف من القتل، القوق إلى الراحة، القلق، البعد عن المنطق، الندم على عدم التمتع في الحياة، الشك في كل ماحوله، الضجر ... الخ.
- ٣- الميول المتناقضة : الرغبة في تحقيق الذات، الأمل في المستقبل، الميل للملذات، حب الحياة، الرغبة في تحقيق التطلعات، الرغبة في العمل، الرغبة في الوصول إلى وضع مثالي، خلق المثال .... الخ.
- ٤- إنحرافات غريزية تثير الميل لحب الحياة : الرغبة بمجاراة الموضة، الاهتمام بالهندام، الرغبة باقتناء سيارة أو .... الخ.

٥- عوامل نفسية ذات دلالة خاصة :

أ - اضطرابات النوم .

(Erotisac)

ب - الايروسية

(Interiorisation)

ج - الاسترخال

د - القدرة المتنامية على التفكير

- هـ - التكنين أو التوظيف الدينى (Investissement Religieux)  
 و - اضطراب غريزة التخذية (راجع اضطرابات الخرافز)  
 ز - التوظيف الفنى . (Investissement Artistique)

٤ - اختبار الميول المرضية - النفسية أو Woodward - Mathwes

ويحوي هذا الاختبار على ٧٦ سؤالاً يجب على المفحوص أن يقرأ كل منها بروية وتمعن ومن ثم يجاوب عليها بنعم أو لا . وهذه الأسئلة هي

- ١ - هل لديك رغبة بأن تبدأ الشجار ؟
- ٢ - هل تخاف من الظلام ؟
- ٣ - هل تخاف من الازدحام والعواصف ؟
- ٤ - هل تخاف المرور في نفق ؟
- ٥ - هل تخاف اجتياز جسر فوق الماء ؟
- ٦ - هل تخاف من الماء ؟
- ٧ - هل تزلزلك فكرة القفز إلى الماء عند مرورك فوق الجسر ؟
- ٨ - هل تخاف أكثر من الآخرين ؟
- ٩ - هل تخاف في الليل ؟
- ١٠ - هل تسمع في الليل أصواتاً توحي لك بالخوف ؟
- ١١ - هل تحلم أحياناً بأشخاص ماتوا ؟
- ١٢ - هل تقضم أظفارك أحياناً ؟
- ١٣ - لى قفصك هل تعني التثاقل ؟
- ١٤ - هل تستطيع المكوث طويلاً دون أن تنفس بكلمة ؟
- ١٥ - هل لديك عادة تحريك الرقبة أو الرأس أو الكتفين أو الرجلين ؟
- ١٦ - هل يعببك دائماً أن تغرب نشاطك أو عملك ؟
- ١٧ - هل يحصل أن ينتبه الآخرون لشروك ؟

- ١٨- هل يعجبك أن تزلزل الفترة طويلة نفس النشاط ؟
- ١٩- هل تبكي أحياناً بسبب الضيق التي تلحق بك ؟
- ٢٠- هل تستطيع احتمال الألم كما وتحمله الآخرون ؟
- ٢١- هل تتضيق من رؤية الدم ؟
- ٢٢- هل تعاني غالباً من الآلام ؟
- ٢٣- هل يحصل لك غالباً صعوبات في التنفس ؟
- ٢٤- هل تشعر عادةً بأنك مغلف وقوي ؟
- ٢٥- هل تشعر بالثعب عند نهوضك من النوم ؟
- ٢٦- هل تشعر غالباً بالثعب ؟
- ٢٧- هل أنت ضجر في معظم الأحيان ؟
- ٢٨- هل تعاني غالباً من الصداع ؟
- ٢٩- هل توجد ألمسة لا تحتل مجرد رؤيتها ؟
- ٣٠- هل توجد ألمسة يصعب عليك مضغها ؟
- ٣١- هل تنام عادةً كما يجب ؟
- ٣٢- هل تعلم دائماً ما تريد عمله ؟
- ٣٣- هل يصعب عليك اتخاذ القرار عندما يجب ذلك ؟
- ٣٤- هل تؤمن بالحس (التنجيم ، الأبراج ....الخ) ؟
- ٣٥- هل راودتك لغاية الآن فكرة الهرب من بيتك ؟
- ٣٦- هل شعرت لغاية الآن بالميل والذفق الهرب من بيتك ؟
- ٣٧- هل سبق لك أن هربت من المنزل ؟
- ٣٨- هل تخاف أحياناً من اجتياز شارع عريض أو مساحة واسعة ؟
- ٣٩- هل تخاف أحياناً من الأماكن المظلمة ؟
- ٤٠- هل تخاف كثيراً من الظلام ؟

- ٤١- هل رلودتك لقلية الآن فكرة الاحراق ؟
- ٤٢- هل لديك عادة النظر تحت السرير قبل النوم ؟
- ٤٣- هل تمجيك صحبة الآخرين ؟
- ٤٤- هل يعجبك أكثر أن تكون وحيداً من أن تكون مع الآخرين ؟
- ٤٥- هل يتقبلك الآخرون ؟
- ٤٦- هل تفضب كثيراً ؟
- ٤٧- عادة هل يعجبك أن تكون الأمر للنامي ؟
- ٤٨- علما هل أنت مسرور ومكتفي ؟
- ٤٩- هل يرلودك أحياناً الشعور بأنك دون الآخرين ؟
- ٥٠- هل يرلودك أحياناً الشعور بأن أحداً لا يفهمك ؟
- ٥١- هل تفكر بأن لك حياة أخرى غير حياتك الحالية ؟
- ٥٢- هل يرلودك الشعور بأنك ولد مقبى ويصعب عليك التخلص من هذا الشعور ؟
- ٥٣- هل ترلودك لتكرر أخرى متشابهة ؟
- ٥٤- هل أنت غالباً متكلف، ضجر وتعيش من فكرة مفادها أن الأشياء حولك مخدعة ؟
- ٥٥- هل تصادق بسرعة ؟
- ٥٦- هل يرلودك أحياناً الشعور بأنك مذنب ؟
- ٥٧- هل تعتقد أن الناس يحبونك كما يحبون الآخرين ؟
- ٥٨- هل تفكر أحياناً بأن لا أحد يحبك ؟
- ٥٩- هل يصعب عليك التعود والتكيف مع محيط عملك ؟
- ٦٠- هل يصعب عليك العيش الهاديء في بيتك ؟
- ٦١- عائلتك هل تملك جيداً وهل هي عائلة منك ؟

- ٦٢- رسولك هل يعلمونك جيداً ؟  
 ٦٣- هل تزعجك فكرة مفادها بأن أحدهم يتابعك ؟  
 ٦٤- هل تحس أحياناً بأن أحدهم يريد إيذاك ؟  
 ٦٥- هل غضب عندما يعارضك الآخرون ؟  
 ٦٦- هل يحصل أن تكسر الأشياء عندما تغضب ؟  
 ٦٧- هل تغضب أحياناً من أجل توافه ؟  
 ٦٨- هل أغمي عليك ولو مرة واحدة ؟  
 ٦٩- هل يغشى عليك في مناسبات معينة ؟  
 ٧٠- هل تشعر أحياناً باضطراب بالنظر ؟  
 ٧١- هل تعجبك مهنة تتعلق ببيع الحرفات أو قتلها ؟  
 ٧٢- هل تمنيت النشر لأحد ؟  
 ٧٣- هل تتندر بالآخرين لدرجة نشر بكايمهم أحياناً ؟  
 ٧٤- هل تشعر بالسعادة إذا ألحقت الأذى بشخص ما ؟  
 ٧٥- هل تشعر بالسعادة لدى تعذيب الحيوان ما ؟  
 ٧٦- هل روادتك فكرة المارقة لغاية الآن ؟

وهذا الاختبار يقوس الميول المرضية التالية :

١- الرهاب والمخاوف : المتمثلة بالخوف غير المبرر ويمكن استنتاجها من  
 الأسئلة (٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٨، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤٠، ٤١، ٤٢)  
 ومعاملها القياسي ٢٤ نقطة .

٢- الميول الانفعالية : المتمثلة بعدم التوازن الانفعالي أو باضطرابه. ويمكن  
 استنتاجها من خلال الأسئلة : (١، ٢، ٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٩، ٢٠، ٢١،  
 ٣٤ و ٤٠). ومعاملها ٢٨ نقطة .



٣- الميول الانفصالية : أو الميل نحو العزلة وعدم الثقة بالنفس والتعاسة .  
ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (٧٧، ٣٥، ٤٣، ٤٤، ٤٦، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥١، ٥٢، ٥٣، ٥٤). ومعالها القياسي ٣٠ نقطة.

٤- البارقويا : العظم أو الشعور بالاضطهاد ويمكن استنتاجها من خلال الأسئلة : (١، ٤٣، ٤٤، ٤٥، ٤٧، ٥٣، ٥٦، ٥٧، ٥٨، ٥٩، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٣، ٦٤ و٦٥) ومعالها القياسي ٢٠ نقطة .

٥- الميل نحو فقدان المنطق : وتتجلى من خلال الأسئلة التالية : (٩، ١٠، ٣١، ٣٢، ٦٥، ٦٦، ٦٧، ٦٩ و٧٠). ومعالها القياسي ٢٠ نقطة .

٦- ميل نحو عدم الاستقرار : المتجلى بالرغبة الدائمة بالتغيير وبالتردد وهذه الميل يمكن استنتاجها من خلال الأسئلة (١٤، ١٥، ١٦، ١٧، ١٨، ٢٥ و٣٦) ومعالها القياسي ٥٢ نقطة .

٧- ميل معادية للمجتمع : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٠، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٧٦) ومعالها القياسي هو ٥٢ نقطة .

٨- الميل الانهيارية : وتتجلى من خلال الأسئلة (٢٢، ٢٣، ٢٤، ٢٥، ٢٦، ٢٧، ٢٩، ٣٠، ٣١، ٤٦، ٥٦) ومعالها القياسي ٢٦ نقطة .

#### ٥- اختبار لـ T. A. T :

ويسمى هذا الاختبار أيضاً باختبار الصور لـ (MURRAY) وهو مؤلف من ثلاثين صورة . وكمثال تطبق لهذا الاختبار لاخترا أحد مشتقاته وهو اختبار (مدن) (\*) وهو مؤلف من تسع صور فقط وباللونين الأبيض والأسود. وهذه الصور تحوي أشخاصاً غير محددى الملامح وغير مكتملى الرسم بحيث يستطيع كل

(\*) لتسمن نظر كتاب : يقط الشخصية في اختبار فهم الموضوع ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٩ .

مفحوص أن يرى هؤلاء بالأوضاع والرموز المنسجمة مع ميوته ومع إنفعالاته الحالية . وهذا ما يهدف الاختيار إلى تحديده . وتعطى المفحوص التعليمات التالية :

أمامك تسع صور تعبر عن أفكار ورموز مختلفة . الشخص الموجود في الصورة يمكن أن يبدو لك واضحاً منذ النظرة الأولى كما يمكن أن تجد بعض الصعوبة في اكتشافه . لأن أشخاص الصور غير محددين بشكل جيد وأحياناً غامضون .

بعد اكتشافك لهؤلاء الأشخاص المطلوب منك هو أن تحدد أمرين هما :

أ - ماذا يفعل شخص الصورة أو لشخصها .

ب - كيف تتغير سير الأمور في المشهد الذي تعكسه الصورة .

استعمل قلماً من الرصاص لكتابة جوابك على هذين السؤالين في المساحة البيضاء الواقعة إلى جانب الصورة والمخصصة لذلك .

لديك الوقت الذي تريده ربما تعطى أجوبتك . على أننا لا نوصيك أن تأخذ طويلاً أمام الصورة إذ أنه من الأفضل أن تعطى الأجوبة وفقاً للاضطباع الأول الذي توحي به لك هذه الصورة . وذلك حتى لا تتورط في متاهات نقد الصورة أو نقد جمالياتها... الخ . أكتب كل ما يخطر في ذهنك وكل ما توحي به لك هذه الصورة .

كل الأجوبة تكون قيمة إذ لا يوجد جواب صحيح وآخر خطأ . على أن أفضل الأجوبة هو ذلك الجواب العفوي الذي يعكس أولى ردات فمك أمام ما توحي به لك الصورة .

(عندما تحلل الصور من الأفضل أن تغطي باقي الصور بورقة بيضاء حتى لا تعكر انتباهك).

والآن نعرض الصور التسعة مرصعة من واحد إلى تسعة.

ملاحظات

الصورة ١



الصورة ٢



ملاحظات



ملاحظات

الصورة ٤



ملاحظات

الصورة ٥



ملاحظات

الصورة ٦





ملاحظات

عسيرة ١٨



ملاحظات



الصورة ٩

والحقيقة أن نتيجة هذا الاختبار ترتفع أساساً بالأهمية التي يعولها الفاحص عليه. على أن ما يهمنا الآن هو عرض تقنية استخراج نتائج هذا الاختبار. وسنركز شرحنا على طريقة تحديد الحالة المزاجية للمفحوص. وهذا التحديد يتم من خلال استعراضنا لردود المفحوص على السؤالين : (أ) من هو (أو هم) الشخص (أو الأشخاص) الظاهرين في الصورة. (ب) كيف تفسر الأمور في هذا المشهد. ونعطي للمفحوص :

(١) علامة ضفر على الأجوبة للمتجرة كلن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل شخصاً .

(٢) علامة ناقص ٢ (-٢) على الأجوبة الهلعة كلن يجيب على الصورة ١ بأن الصورة تمثل رجلاً مشوهاً ومخيفاً .

(٣) علامة ناقص ١ (-١) على الأجوبة ذات الميول التساومية الخفيفة كلن يجب على الصورة ٤ بأنها تمثل حقيقة الحب الضائع .

(٤) علامة واحد (+١) على الأجوبة ذات المصحة التقاليدية كلن يجيب على الصورة ٥ بأنها تمثل حلوة الربيع وفرحة الناس بقدمه .

واكل صورة علامتان مختلفتان تنطبق بالإجابة على السؤال (أ) من هم الأشخاص؟ فإذا أتت الإجابة على الصورة ٥ بأنهم أناس فرحون بقدم الربيع





وبما أننا إعتدنا قياس مشاعر التناول والتشاور (تحديد الكلبة والقلق) فسنتابع للشرح على هذا الأساس. إذ أننا بعد تامة الجدول نقوم بمراجعة مجموع الـ (أ) وكلما كان هذا المجموع سلبياً (أي ناقص كذا) كلما كان ذلك دليلاً على التشاور وبالطبع فإن منتهى التشاور لو الكلبة المرضية ممكن أن يصل إلى ناقص ١٨ - والـ (أ) كما رأينا تمثل ردة فعل الشخص الأولى .

وننتقل الآن إلى الـ (ب) وهي عبارة عن ردة الفعل المتأخرة للشخص وكما فعلنا بالـ (أ) فعل بالـ (ب). وهنا لابد لنا من المقارنة بين الـ (أ) والـ (ب) فإذا الـ (أ) أكبر فإن هذا يعني أن الشخص هو أكثر كلبة مما يبدو . والعكس صحيح .

#### ٦- إختبار الانهيار المقنع :

ويمتاز هذا الاختبار بقصره وبسهولة تطبيقه وكذلك بسهولة تقبل المريض للخصوع له. وهذا الاختبار يلعب دوراً كبير الأهمية في تحديد الحالة النفسية للشخص خاصة إذا ما أعقبه الحوار الطبي - النفسي الذي شرحناه سابقاً .

ويتلخص هذا الاختبار بالأسئلة التالية :

١ - هل لديك قطباغ مفاده بأنك لم تعد قادراً على التمتع بأشياء صغيرة كانت والفترة قريبة مصدر سعادة لك ؟

٢ - هل تشعر أنك بحاجة للحظ والمساعدة الإلهية لكي تعود لك سعادتك السابقة ؟

٣ - هل تشعر بأن العوامل المحيطة بك تقيدك وتحبك عن إتخاذ القرار ؟

٤ - هل تعتقد بأن مريدود عمالك أقل من الجهد الذي تبذله والأمال التي تعلتها عليه ؟

٥ - هل ينتابك شعور مفاده بأنك لا تصلح لشيء ؟

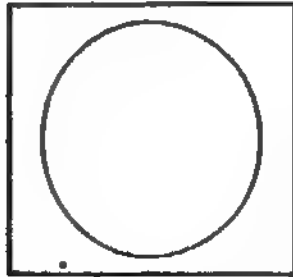
٦ - هل تعاني من القلق ؟

- ٧ - هل تعالي من الأرق ؟  
 ٨ - هل تعالي أحياناً من صعوبت في التنفس ؟  
 ٩ - هل تشعر أحياناً بخفقان القلب ؟  
 ١٠ - هل تعالي اضطرابات هضمية أو آلام ؟  
 ١١ - هل أنت غير راضٍ عن حيلك الجنسية ؟

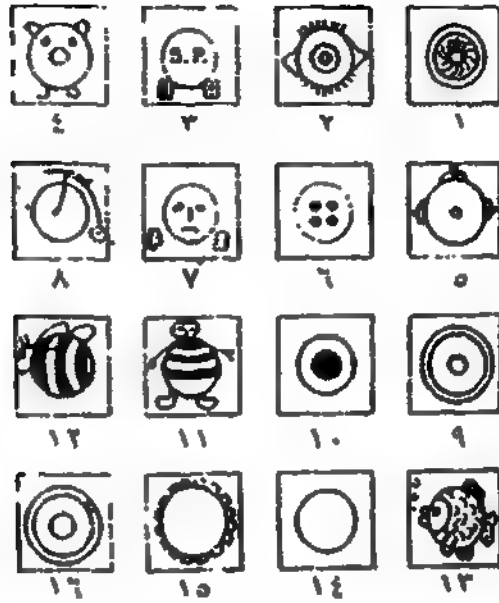
والجواب على هذا السؤال يكون بنعم أو لا وكل إجابة بنعم تؤكد وجود ميل الهيازي لدى المفحوص . وفي حال إجابته بـ نعم على جميع أسئلة الاختبار فإن هذا يعني إصابة المفحوص بالانهيار الصريح مما يقتضى إجراء اختبار Woodworth أو أحد اختبارات الانهيار وذلك بقصد تحديد حدة الانهيار ولكن أيضاً لاحتفال تراثه بعدد من الميول العصبية التي يحددها الاختبار الأخير .

#### إختبار القدرة التخيلية :

كما قد أشرنا إلى معارضتنا لتجزئ الشخصيه عن طريق دراسة أجزائها . ولكننا أن نعطي مثلاً على هذا الاختبار يتم عن طريق تقديم عدد من الأوراق (١٦ ورقة) رسم عليها الشكل التالي :



وإطلاقاً من هذه الدوائر نطلب من المفحوص أن يرسم لنا عدداً من الرسوم من وحي خياله . محاولين حثه على تكملة الرسوم الستة عشر المقدمة إليه . وما نحن نعرض لإحدى نتائج هذا الاختبار (مقتولة عن Brian M. Foss, Id) .



وهذه الصور هي إحدى الأمثلة التي يمكن للمفحوص " أن يحور للدائرة المقدمة له كي يستخرج منها صوراً ذات دلالة مفهومة .

- |                       |                                    |
|-----------------------|------------------------------------|
| ١ - دولا ب            | ٩ - قلب كتوه                       |
| ٢ - عين               | ١٠ - بيضة مع صفارها .              |
| ٣ - شاحنة قط          | ١١ - لاعب ركي                      |
| ٤ - خنزير             | ١٢ - نقطة                          |
| ٥ - طائرة (من الأمام) | ١٣ - سمكة                          |
| ٦ - زر                | ١٤ - طلبة (كرة ملونة)              |
| ٧ - رجل               | ١٥ - دولا ب مسنن                   |
| ٨ - دراجة             | ١٦ - فجلان كهوة في صحنه (من فوق) . |





## المراجع العربية

- ١ مارتني، بيلر ومشاركون: بيسكوسوماتيك الهستيريا والوساوس المرضية، دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٢ موسون، الليزابيث: نظريات حديثة في الطب النفسي، دار النهضة العربية (١٩٩٠).
- ٣ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية وعلاجها - دراسة في مجتمع الحرب اللبنانية، منشورات مدن، ط٢ (١٩٨٦).
- ٤ النابلسي، محمد أحمد: أمراض القلب النفسية، الرسالة - الايمان (١٩٨٧).
- ٥ النابلسي، محمد أحمد: اختبار رورشاخ، ملف العدد السادس عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٢).
- ٦ النابلسي، محمد أحمد: اسقاط الشخصية في اختبار تفهم الموضوع، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ٧ النابلسي، محمد أحمد: الأمس الاحيائية للسلوك، ملف العدد الثالث عشر - مجلة الثقافة النفسية (١٩٩٣).
- ٨ النابلسي، محمد أحمد: الانهيار العصبي، أسبابه ومظاهره وعلاجه، الرسالة - الايمان (١٩٨٦).
- ٩ النابلسي، محمد أحمد: نكاه الجنين، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١٠ النابلسي، محمد أحمد: نكاه الرضيع، دار النهضة العربية (١٩٨٨).
- ١١ النابلسي، محمد أحمد: قراءة تخطيط الدماغ، دار النهضة العربية (١٩٨٩).
- ١٢ النابلسي، محمد أحمد: معجم العلاج النفسي للنوائي، دار ومكتبة الهلال (١٩٩٤).
- ١٣ واينبرغ، جاك: عيادة الاضطرابات الجنسية، دار النهضة العربية (١٩٩٠).

## المراجع الأجنبية:

1. ABELY. A. M. P / L'anxiété/ Masson & Cie / 1947.
2. ACHTÉ K., AALBERG V., LÖNNQUIST J. / Psychopathology of depression / Psychiatria fenica supplimenum / 1980.
3. ALLEY J. M. / Epilepsie et psychose maniaco - dépressive. Coexistence ou correlations ?/ Ann. méd. psych. / 1978 nr. 9, p. 1057 - 1069.
4. ANGST G. / Die somatische Therapie der Schizophrenie / Georg Thieme Verlag Stuttgart 1969.
5. ARIETI S. / (sub redactie) American handbook of psychiatry Basic Books, Inc. / New York 1974, 1975.
6. ARIETI S. / Interpretation of schizophrenia / Basic Books Inc. / New York 1974.
7. ARIETI S., BEMPORAD J. / Severe and mild depression. The psychotherapeutic Approach / Basic Books Inc. Publishers / 1978.
8. ARIETIS/ American handbook of psychiatry - vol. III/ Basic Books, Inc. Publishers/ New York - London. 1966.
9. AYD F. I. / Les dépressions et leur diagnostic / P.U.F./ Paris 1965.
10. AYD F.J./ Les dépressions et leur diagnostic/ Presses Universitaires de France/ Paris 1965.
11. AYURO GUTIERREY J. / Analyse des facteurs déclencheurs sur un échantillon de patients hospitalisés pour dépression endogène / Ann. méd. psych. / 1981 nr. 7 p. 759 - 770.

12. BALIS G. / Clinicial Psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
13. BALIS G./ Basic psychopathology / Butterworth Publishers Inc. / Londra 1978.
14. BALIS G./ Basic Psychopathology/ Butterworth Publishers Inc. / Boston - London 1978.
15. BALLUS C./ Interactions entre dépression et angoisse/ Confrontation Multidisciplinaire Européene sur la dépression / Monte Carlo 1980.
16. BARUK H. / Précis de Psychiatrie Masson / Paris 1950.
17. BARUK H./ Précis de Psychiatrie / Masson / Paris 1950.
18. BAUDOUIN CH. / Suggestion und Autosuggestion / Dresden 1924.
19. BECK A.T./ Dépression / Ed. Hoeber / New York 1967.
20. BENOIT G. / Les délires chroniques. Conférences de psychiatrie / Editions Doin 1967.
21. Bernard P. manuel de l'infirmier en psychiatrie. Ed. Masson, Paris, 1974.
22. BERTIN CH., NOIEL P. / Veillissement et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
23. BLEULER E. / Demantia praecox oder Gruppe der Schizophrenien / Leipzig und Wien / Franz Deuticke / 1911.
24. BONHÖFFER K. / Nervenärztliche Erfahrungen und Eindrücke / Springer - Verlagberlin 1941.
25. BOULLIN DJ./ Méthodologie biochimique pour l'étude des troubles de l'humeur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.



26. BOURGEOIS M. / Endorphines et schizophrénies I/ Revue  
breève de la littérature art. 2 p. 1112 - 1119/ Ann. méd.  
psych / 1980 nr. p. 1106 - 1111.
27. BROWN S.S. (sub redactie) / Chemical diagnosis of disease /  
Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra,  
Edinburg, Melbourne 1979.
28. BRUNOL J./ Dysperception de l'image corporelle et  
dysmorphophobies dans l'anorexie mentale / Ann. méd,  
psych. / 1978 nr. 4 p. 547 - 593.
29. BRÂNZEI P. / Itinerar psihiatrie / Ed. Jurninea / Lasi 1979.
30. BRÂNZEI P., SIRBU A/ Psihiatrie/ Ed. Didactică si  
pedagogică / Bucuresti 1981.
31. CASSANO G. B., MAGGINI, LONG E. / Les dépressions  
chroniques / Colloque international de Psychiatrie / Monte  
Carlo 1979.
32. CASTAIGNE M. / Les confins de l'hystérie La Rev. du  
Praticien / Tome XXXII nr. 13 1mars 1982.
33. Cattel R.B: The description and measurement of personality.  
N.Y., 1946.
34. Cattel R.B: The scientific Analysis of personality, 1966.
35. CHAUDERLOT B. / Le suicide / Sem. Hôp. /Paris 1971, 47,  
33 - 38.
36. CHENALIER J.P / Epilepsie et psychoses chroniques / Ann.  
méd. psych. / 1978 nr. 9 p. 1036 - 1046.
37. CLÉRAMBAULT B./ Oeuvre psychiatrique / Presses  
Universitaires de France Paris 1942.
38. CONRAD K. / Die beginnende Schizophrenie / Georg Thieme  
Verlag / Stuttgart 1971.

- 39 CORNET CL. / La narco - analyse, la Belle au bois dormant / *Arta psych. Belg.* 1980 jan - feb. p 91-100.
- 40 CSIKY K. / Aspecte biologice ale diagnosticului, prognosticului si terapiei sindriamelor discordante / *Rev. Neurol. Psih nr. 1 / 1979* p. 57 - 63.
- 41 DELAY J. / Introduction à la médecine psychosomatique / Masson et Cie Paris 1961.
42. DELAY J. / Les dérèglements de l'humeur/ Presses Universitaires de France / 1946.
43. DENIKER P. / Nosologie moderne des troubles de l'humeur. Colloque international de Psychiatre / Monte Carlo 1979.
44. DIATKEIN G. / Les services d'urgence psychiatriques / *Inirom. psych.* / 1972, 48, 8, 765 - 766.
45. DUGAS L., MOUTIER F.: La dépersonnalisation / Librairie Félix Alcan / Paris 1911.
46. EFTHYMIU T. / Un praticien face à la dépression. Confr. Multidiscipl. Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
47. EISENBERG L. / La dépression nerveuse Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
48. EY H. / Etudes psychiatriques/ Desclée de Brouwer & Cie / Paris 1948.
49. EY H. / La notion de schizophrénie / Ed Desclée de Brouwer / 1977.
50. EY H. / Traité des hallucinations / Masson et Cie / 1973.
51. EY H., BERNARD P., BRISSET CH. / Manuel de psychiatrie / Masson et Cie / Paris 1978.
52. EY H., BERNARD P., BRISSET CH./ Manuel de psychiatrie / Ed. Masson 1978.

53. Eysenck. H.J.: Les dimensions de la personnalité. P.U.F, Paris, 1950.
54. FALRET J./ Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses / Paris 1980.
55. FENICHEL O. / La théorie psyhanalitique des nérvoses / Presses Univ. de France / Paris 1953.
56. Filoux. J.C.: La personnalité. P.U.F., Paris 1980.
57. FOLLIN S. / Analyse de la conduite éthéromaniaque d'un schizophrénique / Ann. méd psych. / 1980, nr. 4 p. 405 - 420.
58. Fourcade. J.M., Ienhardt. V.: Analyse transactionnelle et bioenergie. Ed. universitaire, 1981.
59. FREUD A./ Le Moi et les Mécanismes de défense / Paris 1969.
60. Freud. S.: Veber Libidinöse Typen, Internationale Sts chr. für Psychanalyse, 1931.
61. GERGERIAN E. / Expressions faciles dans la manie et la schizophrénie / Ann. méd. psych. 137<sup>0</sup> nr. 1-2 / Paris 1979.
62. GHILAROVSKI V. A. / Psihiatria / Ed. Medicală / Bucuresti 1978.
63. GILLIBERT J. / L'œdipe maniaque / Ed. Payot / Paris 1978.
64. Gorgos. C.: Vademecum in psihiatrie. Ed. Medicala, Bucharest, 1985.
65. GRAY M. / Neuroses - A comprehensive and Critical View / Van Nastrand Reinhold Company/ 1978.
66. GRECU GH., CSIKY K./ Unele aspecte ale sindromului despresv - paranoid înfilnit în schizofrenia/ Rev. Neurol. Psih. nr. 4/ 1977 p. 267 - 275.

67. GRECU GH./ Observatii clinico - statistice în depresiile endogene / Rev. Neurol. Psih nr, 2/ 1979, p. 125 - 135.
68. GRIVOIS H. / La psychiatrie des urgences/ Ed. Rober Lafont / Paris 1978.
69. GUIRAUD P./ Psychiatrie du praticien / Paris 1943.
70. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie clinique / Librairie le François / Paris 1956.
71. GUIRAUD P., DIDE M. / Psychiatrie Clinique/ Librairie le François / Paris 1956.
72. HARTENBERG P. / Les psychonévroses anxieuses et leur traitement / Paris 1922.
73. HAUMONTE M.F. / Les psychotiques et leurs corps / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 4 p 529 - 546.
74. HINSIE L., CAMPBELL R. I. / Psychiatric Dictionary, fourth edition / Oxford University Press 1970.
75. HOCH P. / Differential diagnosis in clinical psychiatry/ Science House /1972.
76. HYNE M. / La schizophrénie/ Ann. med. psych. / 1979 nr. 3-4 p. 256 - 260.
77. IONESCU G. / Psihosomatica / Ed. Stiintifică si Enciclopedică / Bucuresti 1975.
78. JANET P. / Les nérvoses / Ed. Flammarion / Paris 1909.
79. JASPERS K. / Allgemeine psychopathologie / 8 Aufl. Springer / Berlin 1965.
80. JASPERS K. / Psychopathologie générale / Félix Alcan / Paris 1933.
81. JASPERS K./ Philosophie und Welt / Piper/ München 1963.
82. JULIEN R. / Sommeil de nuit des pshychoses aigues et chroniques / L'Encéphale / 1980 nr. 5, p. 371 - 380.

83. KAPLAN H., SADOCK B. / *Modern synopsis of psychiatry*, ed. III Williams & Wilkins/ Baltimore 1981.
84. KIEKHOLZ P. / *Diagnose und Therapie der Depressionen* / Lehman / München 1965.
85. KIELHOLZ P. / *Die Depression in der täglichen praxis* / Verlag Hans Huber/ 1974.
86. KIELHOLZ P. / *Etats depressifs. Dépistage, évaluation, traitement* / Hans Huber / Berne, Stuttgart - Vienne 1972.
87. KIELHOLZ P. / *Le concept de la dépression masquée* / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
88. KOLB / *Modern Clinical Psychiatry* / W. B. Saunders Company / Philadelphia 1981.
89. KOLB / *Modern clinical psychiatry* / W.B. Saunders Comp. / Philadelphia 1981.
90. KREINDLER A. / *Nevroza astenică* / Ed. Academiei / Bucuresti 1961.
91. KRETSCHMER E. / *Der sensitive beziehungswahn* ed. III / Springer Verlag/ Berlin 1950.
92. KRETSCHMER E. / *Medizinische psychologie* / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1956.
93. LAING R.D / *The divided self* / Pelican 1964.
94. LAING R.D., ESTERSON A. / *L'Equilibre mental, la folie et la famille* / Paris 1979.
95. LANDMARK J. / *A Manual for the Assessment of Schizophrenia* / Acta psychiatrica Scandinavica / Supplementum 298 vol. 65 / 1982.
96. LAUNAY C., COL C. / *Suicide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent* / Rev. prat. / Paris 1964, 14, 6, 619.

97. LE ROUX A., / Formes actuelles de la persistance de la psychose hallucinatoire chronique / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 10 p. 1199 - 1212.
98. LEMPERIÈRE et colab./ Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson / 1977.
99. LEMPERIÈRE si colab / Abrégé de psychiatrie de l'adulte / Ed. Masson 1977.
100. LEONARD K. / Aufteilung des endogenen psychosen / Akademie - Verlag/ Berlin 1957.
101. MACK E.J./ Border - line States in Psychiatry / Seminars in psychiatry / Grune & Stratton/ 1975.
102. MAILLARD M. / Le malade psychotique et les médicaments/ Ann. méd. psych. 1979. nr 6- 7 p. 664 - 671.
103. MARCHAIS P. / De la mélancolie à la dépression / Ann. méd. psych. 137<sup>0</sup> nr. 5 Paris 1979.
104. MARCHAIS P. / Des formes atypiques de la PMD. Conséquences méthodologiques et nosologiques / Ann. méd. psych. 1979 nr. 6 -7 p. 655- 62.
105. MARCHAIS P. / Des formes particulières de la manie. Conséquences méthodologiques / Ann. méd. psych. 1978 nr. 10 p. 1192 - 1201.
106. MARCHAIS P. / Des processus obsessionnels et de l'anticipation / Ann. méd. psych. 1980, nr 9, p. 1133 - 1140.
107. MARCHAIS P. / Destruction non schizophrénique. Conséquences nosologiques / Ann. méd. psych. 1980 nr. 3 p. 310 - 316.
108. MARCHAIS P. / Du délire / Ann. méd. psych. / 1978 nr. 6 -8 p. 892 - 900.

109. MARCHAIS P. / Glossaire de psychiatrie / Masson et Cie / 1970.
110. MARCHAIS P. / Les processus nevrotiques / L'expansion scientifique / Paris 1968.
111. MARCHAIS P. / Possibilité d'un renouvellement des études cliniques sur l'angoisse / Ann. méd. psych. / 1980, nr 5, p. 580 - 586.
112. MASTERS W. H., JOHNSON V.E. / Les réactions sexuelles / Ed. R. Laffont / Paris 1968.
113. MAYER - GROSS W. / Clinical Psychiatry / London 1960.
114. MAYER - GROSS W. / Clinical psychiatry Cassel and Company Ltd. / London 1960.
115. MENDLEWICZ J. / Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco - dépressive / Acta psych. Belg. / 1976 martie p. 301 - 384.
116. MENDELWEICZ J. / L'Etiologie génétique des psychoses dysthymiques / Masson 1978.
117. MICHAUX L. / Psychiatrie / Ed. Med. Flammarion.
118. Michaux, L. Psychiatrie. Ed. Medicales - Flammarion, paris, 1967.
119. MINKOWSKI E. / La schizophrénie/ Payot / Paris 1927.
120. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / Paris 1966.
121. MINKOWSKI E. / Traité de psychopathologie / P.U.F./ Paris 1966.
122. Minkowski, E. Traité de Psychopathologie. P.U.F., Paris, 1966.

123. MÜLLER C./ Durée et repartition par classe d'âges des épisodes dépressifs sans traitement / L'Encéphale / 1981 nr. 3 p. 244 - 250.
124. MUNRO A. / Psychosomatic Medicine / Churchill Livingstone / Edinburg and London 1973.
125. OPPENHEIM H. / Die Neurosen/ Berlin / 1916.
126. PAMFIL E., OGODESCU D. / Nervozele / Ed. "Facsa" / Timisoara 1974.
127. PAMFIL E., OGODESCU D. / Psihozele / Ed. Facsa / Timisoara 1976.
128. PASSCUANT P. / Dépression et sommeil / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 1979.
129. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien / Masson / Paris 1978.
130. PELICIER Y. / Guide psychiatrique pour le praticien ed. IV - a / Ed. Masson Paris 1978.
131. PICHOT P / Les voies nouvelles de la dépression / Masson / Paris 1978.
132. PICHOT P. / Le malade imaginaire / Ed. Med. Fr. / 1965, 160, 11, 47.
133. PICHOT P. / Obsessions et phobies / Rev. Prat. / Paris 1967, 7, 759.
134. PICHOT P./ Actualisation du concept de dépression. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
135. PICHOT P/ Les bouffées délirantes et les délires chroniques. Deux concepts nosologiques français / Ann. méd. psych. 137<sup>0</sup> / nr 1-2 / Paris 1979.
136. PONTALIS J. B. / Après Freud / Gallinard 1968.



137. POROT J. / Aspects évolutifs actuels des schizophrénies / Ann. méd. psych. / 1979, nr. 3-4 p. 260 - 265.
138. PULL C.B./ Dépression et schizophrénie, Confrontation Multidisciplinaire sur la dépression / Monte Carlo 1980.
139. RAFAELSEN O.J/ Perturbations biologiques humaines dans les troubles de l'humeur. Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
140. RICOEUR P. / Le conflit des interprétations / Ed. Du Seuil / Paris 1969.
141. Robins. E. Stern. M: Assessment of Psy chiatric Emergencies New York, 1979.
142. ROMILA A. / Mania. drama tragi comică / Rev. Neurol. psih. nr. 2 / 1977, p. 139 - 143.
143. RORSCHACH H. / Psychodiagnostic / Presses Universitaires de France / Paris 1967.
144. ROTH M. / Les limites de la manie dépressive. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
145. ROUBERTOUX P. / L'analyse génétique des dépressions. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
146. RÎNDASU G.E. / Iatrogenozele / Ed. Medicală / Bucuresti 1981.
147. SARTORIUS N. / La dépression: épidémiologie et priorités pour les recherches futures. Confrontation multidisciplinaire Européenne sur la dépression / Monte Carlo 1980.
148. SAULNIER J. / La tentative de suicide. Sa prevention et sa postcrise / Rev. Prat. / Paris 1965, 15, 30, 3959 - 3967.

149. SCHERRER P. / Approche clinique de la psychiatrie / Simep. éditions / 1977.
150. SCHIMMELPENNING G. W. / Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte/ Ed. S. karger / Basel 1965.
151. SCHNEIDER K. / Klinische Psychopathologie / Georg Thieme Verlag / Stuttgart 1967.
152. SCHNEIDER P.B. / L'angoisse devant l'état de maladie / In: vol. Réactions psychologiques à la maladie / Ed. Expansion scientifique française / Paris 1963.
153. SCHOU M., STROMGREN E. / Origin, prevention and treatment of affective disorders / Academic Press / 1979.
154. SCHULTZ J. H. / Neurose, Lebensnot, Arztliche Pflicht / Georg Thieme Verlag / Leipzig 1936.
155. SEALES H. / L'effort pour rendre l'autre fou / Gallimard 1977.
156. SELARUM., BALTARUM. / Cu privire la notiville clinice de reactie, dezvoltare si proces / In vol. "Viitorul psihiatriei" P. Brânzei / Iasi 1980.
157. SHEPHERD M. / Approche épidémiologique de la dépression / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo, mars 1979.
158. SIM M. / Guide to psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
159. SIM M. / Guide to Psychiatry / Churchill Livingstone / London 1974.
160. SINGER L. / Le devenir des bouffées délirantes / Ann. méd. psych. / 1980 nr. 9, p. 1097 - 1006.

161. SIRBU A., HOTICA TR., SECAREANU AL., / Unele aspecte terapeutice ale nervoziei obsesivo - fobice / Rev. Neurologie, Psihiatrie. nr. 1/1975, p. 17 - 23.
162. SIZARET P. Condensation ecnnesique particuliere au cours d'un acces maniaque / Ann. med. psych. 1981 nr. 3 p. 322 - 325.
163. SMITH L. H., THIER S.O. / Pathophysiology / Blackwell Scientific Publications / Oxford, Londra, Edinburg, Melbourne 1981. .
164. SOLOMON PH., PATCH U. / Handbook of Psychiatry / Lange Medical Publications / Los Atlos 1971.
165. SZASZ TH. / The myth of psychotherapy / Oxford University Press / 1979.
166. Szondi. L. Cain les figures du mal. Ed. Szondiana - Zurich.
167. SZTULMAN H. (sub redactie) Oedipe et psychanalyse d'aujourd'hui / Ed. Privat / Toulouse 1978.
168. TATOSSIAN A. / Phenomenologie de la depression. Confrontation Multidisciplinaire Europeenne sur la depression, Monte Carlo 1980.
169. TRABAUD J., TRABAUD J. - R. / L'hysterie / Ed. Vigot / Paris 1943.
170. TUDOSE F. / Aspecte ale aplicarii subnarcozei in nervoze / Lucrare de diplomă / Bucuresti 1977.
171. TURNS D.F/ Epidemiologie des Schizophrenies / Ann. med. psych. / 1980 nr. 6 p 637 - 647.
172. VALLENBUNE A./ Aspectes modernes des troubles de l'hu meur / Colloque international de Psychiatrie / Monte Carlo 10979.

173. VERBOENEN A. / Les endorphines dans les maladies mentales en particulier dans la schizophrénie / L'Encephale / nr. 2 1980 p. 103 - 113.
174. VERNON D., PATCH M./ Handbook of psychiatry / Oxford and Edinburgh 1969,
175. VINACKE W.E / Readings in General Psychology / American Bool Company 1980.
176. WEISSMAN M., MEYERS J. / Arch. Gen. Psychiat. / 1978, 35, 1304 - citat de Eisenberg L. in "la dépression nerveuse" / Recherche / 1981, 12, 119, 160 - 172.
177. WEITBRECHT H. J. / Psychiatrie in Grundriss / Springer Verlag./ Berlin Heidelberg / New York 1968.
178. WHITEHEAD J.M. / Psychiatric Disorders in Old Age - a Handbook for the Clinical Team / Harvey Miller & Medcali 1974.
179. WIDLÖCHER D. / Fatigue et dépression / Confrontation Multidisciplinaire Européenne sur la depression / Monte Carlo 1980.
180. WIDLÖCHER D. / Le mécanisme de la conversion / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
181. WIDLÖCHER D. / Le traitement de l'hystérie / La Revue du Praticien / Tome XXXII nr. 10 1 mars 1982.
182. WYRSCH J. / La personne du schizophrène / Paris 1956.
183. \* \* \* / Confrontations Multidisciplinaires Européenne sur la dépression / L'Encéphale / Doin / Paris 1981 / nr. 4 suppl.
184. \* \* \* / Confrontations psychiatriques / nr. 12, 1974 - La notion de réaction en psychopathologie.
185. \* \* \* / DSM III / 1980.
186. \* \* \* / DSM III 1980.

187. \* \* \* / EMC - Psychiatrie vol II 37200 - 37241; 37281 - 37299.
188. \* \* \* / EMC - Psychiatrie, vol. III, 37300 - 33390.
189. \* \* \* / Evolution de la schizophrénie / Confrontation psychiatriques nr. 2 / dec. 1968.
190. \* \* \* / Harvard guide to Modern psychiatry / Press of Harvard University Press / Cambridge 1978.
191. \* \* \* / Hystérie / Confrontations psychiatriques nr. 1 / sep. 1968.
192. \* \* \* / L'Approche moderne des désordres de l'humeur, comptes rendues de Colloque international de Psychiatrie / L'Encéphale / 1979 / nr. 5 suppl.
193. \* \* \* / New perspectives in Depressive Illness / Selected abstracts of the symposium on 13-th, 14-th june 1979 / Jersey 1983.
194. \* \* \* / psychiatrie der Gegenwart / Klinische Psychiatrie / Springer Verlag 1972.
195. \* \* \* / Scientific symposium on obsessive compulsive neuroses and phobic disorders / The Journal of International Medical Research / Vol. 5 Suppl. (5) 1977.

## فهرس

المقدمة	٥
الفصل الأول: دراسة الشكل الخارجي	١١
١- دراسة شكل الوجه	١٧
٢- دراسة قسملل الوجه	٢١
الجبهة	٢١
للحاجبان	٢٢
العينان	٢٣
للخدان	٢٤
الأكف	٢٥
الشفان	٢٧
للذنن	٢٩
الأننان	٣٠
٣- شكل الجسم	٣٩
الفصل الثاني: نظريات الشخصية	٤٧
١- رأي المدرسة التحليلية	٤٩
٢- رأي يونغ	٦٣
٣- رأي السلوكيين الجدد	٦٣
٤- رأي الجشملل	٦٥
٥- رأي الطب النفسي	٦٨

### الفصل الثالث: عوامل الشخصية..... ١٩٩

١- التفاعل الوجداني..... ١٠١

٢- المعرفة..... ١١٦

٣- التصور..... ١٢٦

٤- وظائف توجيه وتكامل السلوك..... ١٣٠

٥- العمليات المرتبطة إلى ترابط السلوك..... ١٣٢

### الفصل الرابع: أساليب الفحص النفسي..... ١٣٩

١- صفات الفحص النفسي..... ١٤٣

٢- فحص المرضى المهتاجين والمضطربين..... ١٤٧

٣- مبادئ الفحص النفسي..... ١٥١

### الفصل الخامس: الفحص الطبي - النفسي..... ١٦٥

١- الفحص الطبي العام..... ١٦٧

٢- دراسة قزحية العين..... ١٧٢

٣- الفحوصات المخبرية..... ١٧٥

### الفصل السادس: الاضطرابات النفسية بيولوجية المنشأ..... ١٨٣

١- الاضطرابات الأيضية..... ١٨٩

٢- اضطرابات القلب والغدد..... ٢٠١

٣- الأمراض العصبية..... ٢٠٧

٤- التهابات..... ٢١١

٥- الاضطرابات الغدية..... ٢١٥

٦- التسممات الصبغية..... ٢٢٢

٧- التسمم الكحولي..... ٢٣١

- ٨- ايمان المخبرات ..... ٢٣٦
- ٩- الحمل والولادة ..... ٢٣٩
- ١٠- اضطرابات الشيخوخة ..... ٢٤٢
- ١١- تشوهات الدماغ ..... ٢٤٧
- ١٢- رضوض الدماغ ..... ٢٤٨
- ١٣- الاورام الدماغية ..... ٢٥٣
- ١٤- الزهري ..... ٢٥٧
- ١٥- التهابات داخل الجمجمة ..... ٢٥٩
- ١٦- الصرع ..... ٢٦١

#### الفصل السابع: الاختبارات النفسية ..... ٢٦٣

- ١- تصنيف الاختبارات ..... ٢٦٥
- ٢- اختبار انتقاء القيام ..... ٢٧٢
- ٣- اختبار القلق - الانهيار ..... ٢٧٣
- ٤- اختبار إكمال الجمل ..... ٢٧٦
- ٥- اختبار الميول المرضية - النفسية ..... ٢٨٠
- ٦- مثل على اختبارات الـ (TAT) ..... ٢٨٤
- ٧- اختبار الانهيار المقنع ..... ٢٩٢
- ٨- اختبار الخيال ..... ٢٩٣
- المراجع ..... ٢٩٥
- المؤلف في سطور ..... ٣١٦





## المؤلف في مطور

- مواليد طرابلس - لبنان عام ١٩٥٤.
- دكتوراه الطب العام - جامعة كرايوفا ١٩٨٤.
- ماجستير الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٨٨.
- دكتوراه الفلسفة في الطب النفسي - جامعة بودابست ١٩٩٢.
- مؤسس ورئيس مركز الدراسات النفسية - لبنان.
- نائب رئيس الجمعية الاسلامية العالمية للصحة النفسية.
- عضو الهيئة التأسيسية للاتحاد العربي لعلم النفس.
- رئيس الجمعية اللبنانية للدراسات النفسية.
- نائب رئيس المكتب الاكاديمي للاتحاد العالمي للصحة النفسية.
- عضو عدد من الجمعيات والهيئات العربية والعالمية.
- رئيس تحرير مجلة الثقافة النفسية.
- أستاذ غير متفرغ في الجامعة اللبنانية.
- أستاذ منتدب في جامعة بودابست.
- أستاذ محلف في معهد الطب الجنسي - باريس.
- رئيس مؤتمر "نحو علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٢).
- رئيس مؤتمر "منخل الى علم نفس عربي" - طرابلس (١٩٩٤).
- شارك في عدة مؤتمرات عربية وأجنبية.
- له عدة مؤلفات وترجمات وتقديمات في الاختصاص.
- أشرف على عدة اطروحات جامعية.
- واضع اختبار مدن.
- ترجم عدة اختبارات ومقاييس نفسية.
- أستاذ زائر في عدد من الجامعات العربية.
- عضو الهيئة الاستشارية لمجلة الارشاد النفسي.



رقم الإيداع ٨٩٣١ / ٩٦

L. S. B. N

977 - 5609 - 58 - 5

حقوق الطبع والنشر والتوزيع للناس